

**DIFERENCIAS ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE  
PADRES DE NIÑOS CON NIVEL ALTO DE DEPRESION Y DE PADRES  
DE NIÑOS CON NIVEL BAJO DE DEPRESION DE QUINTO GRADO DE  
PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MUNICIPAL INEM-PASTO  
(Trabajo de grado para optar por el título de Psicólogas)**

**NATHALIA CRISTINA CEPEDA CHAMORRO  
MARIA EMILIA DELGADO FEUILLET**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**San Juan de Pasto**

**2008**

**DIFERENCIAS ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE  
PADRES DE NIÑOS CON NIVEL ALTO DE DEPRESION Y DE PADRES  
DE NIÑOS CON NIVEL BAJO DE DEPRESION DE QUINTO GRADO DE  
PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MUNICIPAL INEM-PASTO  
(Trabajo de grado para optar por el título de Psicólogas)**

**NATHALIA CRISTINA CEPEDA CHAMORRO**

**MARIA EMILIA DELGADO FEUILLET**

**Asesora**

**CLAUDIA MERCEDES CALVACHE CABRERA**

**Psicóloga**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**San Juan de Pasto**

**2008**

**TABLA DE CONTENIDO**

TABLA DE CONTENIDO	8
LISTA DE TABLAS	17
LISTA DE FIGURAS	18
RESUMEN	19
ABSTRACT	21
INTRODUCCION	23
TEMA	25
TITULO	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
Formulación del problema	30
Sistematización del problema	30
Justificación	31
Objetivos	36
Objetivo general	36
Objetivos específicos	36
MARCO CONTEXTUAL	38
Institución Educativa Municipal INEM-Pasto	38
Fundamentos del PEI-INEM	38
Fundamento filosófico	38
Fundamento epistemológico	39
Fundamento social	39

Fundamento psicológico	39
Fundamento pedagógico	40
MARCO TEORICO	41
Depresión	41
Síntomas depresivos	42
Síntomas anímicos	42
Síntomas motivacionales y conductuales	42
Síntomas cognitivos	43
Síntomas físicos	43
Síntomas interpersonales	44
Depresión infantil	44
La depresión en la edad escolar	46
Síntomas de la depresión infantil	47
Etiología de la depresión infantil	49
Factores biológicos	49
Factores genéticos	50
Factores biopsicosociales	50
Factores de riesgo	52
Miembros de la familia con problemas de salud mental	52
Perdidas importantes	52
Estrés crónico en la familia	52
Abuso	52

Cualquier cambio significativo en el seno de la familia	52
Diagnóstico del trastorno depresivo en niños	53
Criterios diagnósticos para la depresión en la infancia	53
Depresión mayor	54
Distimia	54
Depresión doble	54
Depresión mayor en remisión parcial	54
Depresión mayor crónica	55
Diagnostico según DSM- IV	55
Teorías explicativas de la depresión	57
Teorías conductuales de los trastornos depresivos	57
Modelo de Lewinsohn	58
Teorías cognitivas de los trastornos depresivos	59
Teoría de Beck	59
Teoría de la indefensión aprendida	60
Teorías cognitivo conductuales	60
Teoría de autocontrol de Rehm	60
Tratamiento	62
Terapia cognitivo conductual	62
Terapia conductual	63
Prevención de la depresión	64
Normas éticas para la investigación con niños	64

Características del desarrollo infantil	67
Niñez intermedia	67
Desarrollo emocional	68
Desarrollo social	69
Desarrollo físico	70
Desarrollo motor	71
Desarrollo cognitivo	71
Razonamiento espacial	72
Causa y efecto	72
Categorización	72
Conservación	72
Juicio moral	73
Afrontamiento	74
Tipos de afrontamiento	77
Afrontamiento centrado en el problema	78
Afrontamiento centrado en la emoción	78
Estrategias de afrontamiento	79
Solución de problemas	80
Búsqueda de apoyo social	80
Espera	81
Religión	81
Evitación emocional	82

Búsqueda de Apoyo profesional	82
Reacción agresiva	83
Evitación cognitiva	84
Reevaluación positiva	84
Expresión de la dificultad de afrontamiento	85
Negación	85
Autonomía	86
Modelo transaccional del estrés	86
Evaluación cognitiva primaria	87
Evaluación cognitiva secundaria	87
Estrategias de afrontamiento familiares	88
Familia	89
El niño en la familia	91
Desarrollo familiar y ciclo vital	92
Desarrollo familiar, estresores familiares y su afrontamiento	93
Familia y psicopatología	93
METODOLOGIA	97
Tipo de estudio	97
Diseño	98
Participantes	98
Población	98

Muestra	98
Técnicas e instrumentos de recolección de información	99
Variables	103
Definición de variables de estudio	103
Estrategias de afrontamiento	103
Estrategias de afrontamiento cognitivas	103
Evitación cognitiva	103
Reevaluación positiva	103
Negación	103
Estrategias de afrontamiento conductuales	104
Búsqueda de apoyo social	104
Búsqueda de apoyo profesional	104
Reacción agresiva	104
Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales	104
Solución de problemas	104
Espera	104
Religión	105
Evitación emocional	105
Expresión de la dificultad de afrontamiento	105
Autonomía	105
Hipótesis	106
Hipótesis de trabajo	106



Hipótesis nula	106
Plan de análisis de datos	106
Procedimiento	107
Descripción del procedimiento	108
Primera fase	108
Segunda fase	108
Tercera fase	109
Cuarta fase	110
Quinta fase	111
Sexta fase	111
Séptima fase	112
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	113
Descripción de los niveles de depresión	113
Descripción de las estrategias de afrontamiento	115
Descripción de estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión	116
Estrategias de afrontamiento cognitivas	117
Evitación cognitiva, factor 8	117
Reevaluación positiva, factor 9	118
Negación, factor 11	118
Estrategias de afrontamiento conductuales	119
Búsqueda de apoyo social, factor 2	119

Búsqueda de apoyo profesional, factor 6	119
Reacción agresiva, factor 7	120
Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales	121
Solución de problemas, factor 1	121
Espera, factor 3	121
Religión, factor 4	121
Evitación emocional, factor 5	121
Expresión de la dificultad de afrontamiento, factor 10	122
Autonomía, factor 12	122
Descripción de estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión	123
Estrategias de afrontamiento cognitivas	125
Evitación cognitiva, factor 8	125
Reevaluación positiva, factor 9	126
Negación, factor 11	126
Estrategias de afrontamiento conductuales	127
Búsqueda de apoyo social, factor 2	127
Búsqueda de apoyo profesional, factor 6	127
Reacción agresiva, factor 7	128
Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales	129
Solución de problemas, factor 1	129
Espera, factor	129

Religión, factor 4	129
Evitación emocional, factor 5	129
Expresión de la dificultad de afrontamiento, factor 10	130
Autonomía, factor 12	130
Diferencias estadísticas entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión	132
DISCUSION Y CONCLUSIONES	135
RECOMENDACIONES	146
REFERENCIAS	149
ANEXOS	156
ANEXO A. Cuestionario de depresión para niños (CDS) de 10 a 14 años	157
ANEXO B. Cuestionario de depresión para niños (CDS) de 8 a 9 años	161
ANEXO C. Escala de estrategias de Coping modificada (EEC-M)	165
ANEXO D. Validación jueces	169
ANEXO E. Resultados revisión interjueces	175
ANEXO F. Consentimiento padres de familia	182
ANEXO G Cronograma	184

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Sintomatología de la depresión en niños	48
Tabla 2. Resultados de estrategias de afrontamiento cognitivas de padres de niños con nivel alto de depresión	116
Tabla 3. Resultados de estrategias de afrontamiento conductuales de padres de niños con nivel alto de depresión	116
Tabla 4. Resultados de estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales de padres de niños con nivel alto de depresión	117
Tabla 5. Resultados de estrategias de afrontamiento cognitivas de padres de niños con nivel bajo de depresión	124
Tabla 6. Resultados de estrategias de afrontamiento conductuales de padres de niños con nivel bajo de depresión	124
Tabla 7. Resultados de estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales de padres de niños con nivel bajo de depresión	124
Tabla 8. P valor de estrategias de afrontamiento	133

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Fases del proceso de investigación	107
Figura 2. Porcentaje de depresión infantil	114
Figura 3. Estrategias de afrontamiento cognitivas de padres de niños con nivel alto de depresión	119
Figura 4. Estrategias de afrontamiento conductuales de padres de niños con nivel alto de depresión	120
Figura 5. Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales de padres de niños con nivel alto de depresión	123
Figura 6. Estrategias de afrontamiento cognitivas de padres de niños con nivel bajo de depresión	127
Figura 7. Estrategias de afrontamiento conductuales de padres de niños con nivel bajo de depresión	128
Figura 8. Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales de padres de niños con nivel bajo de depresión	131

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar las diferencias entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM – Pasto.

Se considera importante realizar este estudio ya que existen altos índices de prevalencia de depresión infantil en el departamento de Nariño, principalmente entre las edades de 8 a 14 años, lo cual contribuye a comprender y a analizar este trastorno; de igual forma a nivel departamental y dentro de la institución no existen estudios relacionados con depresión y estrategias de afrontamiento.

La metodología de esta investigación estuvo enmarcada bajo el enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional, con un diseño transversal correlacional; los instrumentos que se utilizaron para la recolección de información fueron el cuestionario de depresión infantil CDS, el cual permitió identificar los niveles de depresión en los niños, el segundo instrumento utilizado fue la escala de estrategia de coping modificada EEC-M, a partir de la cual se identificó las estrategias de afrontamiento de los padres de familia de quinto grado de primaria del INEM .

Los resultados obtenidos arrojan que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de familia son: reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y solución de problemas, estrategias que facilitan el

afrontamiento de los diferentes eventos estresantes que se presentan en la cotidianidad de la familia.

Finalmente se puede decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto y bajo de depresión. Esta investigación se constituye como un primer aporte a futuras investigaciones, así como también permite generar procesos de promoción y prevención en el campo de la salud mental dentro de la institución.

## **ABSTRACT**

The present research had as main objective to identify the differences among the coping strategies of children's parents' with high level of depression and the coping strategies of children's parents' with low level of depression of fifth grade of primary of the Municipal Educational Institution INEM-Pasto.

It is considered important to carry out this study since high indexes of prevalencia of child depression they exist in the department of Nariño, mainly among the ages of 8 to 14 years, that which contributes to understand and to analyze this disorder; of equal it forms at departmental level and inside the institution studies related with depression and coping strategies don't exist.

The methodology of this research was framed under the quantitative focus of type descriptive correlacional, with a design traverse correlacional; the instruments that were used for the gathering of information were the questionnaire of child depression CDS, which allowed to identify the depression levels in the children, the second utilized instrument was the coping strategies scale, EEC-M, starting from which was identified the strategies of the parents' of family of fifth grade confrontation of primary of the INEM.

The obtained results throw that the most utilized confrontation strategies for the family parents are: positive reevaluation, search of social support and problem solving, strategies that facilitate the confrontation of the different events estresfully that they are presented in the day to dayness of the family.



Finally one can say that differences don't exist statistically significant among the strategies of children's parents' coping with high level and I get off depression. This investigation is constituted as a first contribution to future investigations, as well as it allows to generate promotion processes and prevention in the field of the mental health inside the institution.

**DIFERENCIAS ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PADRES DE NIÑOS CON NIVEL ALTO DE DEPRESION Y DE PADRES DE NIÑOS CON NIVEL BAJO DE DEPRESION DE QUINTO GRADO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MUNICIPAL INEM-PASTO**

La presente investigación se encaminó al estudio de las diferencias entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión de la Institución Educativa Municipal INEM – Pasto. Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar demandas externas e internas generadoras del mismo, como el estado emocional desagradable que puede llegar a producir (Lazarus y Folkman, 1986).

El interés por investigar y estudiar este problema, surge a raíz de las observaciones y acercamientos realizados a través de los diferentes procesos académicos y de la práctica profesional; de acuerdo a estos procesos y a partir de una revisión y análisis exhaustivo, tanto de antecedentes investigativos como literarios, se llegó a la conclusión de que en nuestro contexto las estrategias de afrontamiento han sido abordadas en muy pocas ocasiones; los estudios realizados son escasos y toman en cuenta en su mayoría variables como el cáncer y el dolor crónico; las estrategias de afrontamiento no han sido relacionadas con depresión infantil.

Por lo tanto el proceso investigativo que se llevó a cabo es importante, debido a que no solo permitió ampliar el conocimiento en estas áreas, sino que también contribuye, a partir de las conclusiones y resultados a la promoción y prevención de la salud mental dentro de la institución educativa INEM.

La investigación se abordó desde el enfoque cuantitativo, y se desarrolló a partir de un estudio descriptivo correlacional con diseño transversal correlacional, debido a que estos parámetros metodológicos se adaptan al estudio y se establecieron los lineamientos generales que siguió el proceso investigativo.

Para efectos de la investigación se utilizó dos instrumentos de medición; en primera instancia se aplicó el cuestionario de depresión para niños (CDS), con el fin de identificar a niños con nivel alto de depresión y a niños con nivel bajo de depresión; posteriormente se aplicó a los padres de ambos grupos la escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M), la cual busca identificar las estrategias de afrontamiento ante determinadas situaciones estresantes.

## **TEMA**

Estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y de padres de niños con nivel bajo de depresión

## **TITULO**

Diferencias entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM - Pasto

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La inclusión de indicadores de discapacidad, además de los de mortalidad, cambió la manera de ver las enfermedades y colocó a los trastornos mentales como una prioridad de salud pública; cinco de las diez primeras causas de discapacidad a nivel mundial son psiquiátricas y la depresión unipolar ocupa el primer lugar (Posada, 2004).

De acuerdo a esto existen diferentes estudios. Uno de ellos es el efectuado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la carga mundial de las enfermedades (Global burden of disease, [GBD]) el cual demostró, que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD) y que en 1990 a esta afección le correspondió el 10.5 % de los APD en el mundo. En los países en desarrollo este trastorno constituye el cuarto problema de salud más importante con una morbilidad del 3.4%.

Según el estudio nacional de salud mental la prevalencia de los trastornos afectivos en Colombia es del 15.0%, y ocupa el segundo lugar de importancia

después del trastorno de ansiedad. Dentro de los trastornos del afecto, la depresión es uno de los problemas que reviste de mayor importancia debido a su alta prevalencia y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. El episodio depresivo mayor tiene una prevalencia del 8.6% en hombres y el 14.9% en mujeres de diferentes edades. Teniendo en cuenta la población con la que se realizó el estudio, la región pacífica muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos con un 15.3% (Ministerio de Protección Social. 2003)

Los trastornos depresivos son comunes y pueden manifestarse a cualquier edad, siendo la población infantil una de las afectadas, interfiriendo en el adecuado desarrollo del niño y la niña, ya que dentro del trastorno se presentan problemas como el retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer), al igual que alteran el rendimiento académico y las relaciones interpersonales a corto plazo y se relacionan de forma significativa con el consumo de sustancias y los trastornos de conducta a largo plazo.

Cuanto más temprana sea la edad de inicio de estos trastornos mayor será el nivel de alteración emocional, abuso de alcohol e intentos de suicidio; a propósito de ello The National institute of mental health (NIMH, 2001) ha encontrado evidencia de que la aparición temprana de depresión, con frecuencia es recurrente e incrementa la posibilidad de desarrollar incapacidad severa durante la vida adulta (Escobar y Paz. 2005).

Un estudio realizado por Escobar y Paz (2005), en el municipio de Pasto sobre la prevalencia de depresión en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad, indica que el 68% de los niños presentan síntomas de depresión leve; el 16% tiene puntuaciones correspondientes a nivel bajo o ausencia de depresión y con el mismo porcentaje de 16% de los niños, presenta depresión clínica. Esta investigación es de gran relevancia para el municipio de Pasto, ya que es la primera con estas características que se ha realizado en nuestra región, por medio de ésta, se adaptaron instrumentos de medición psicológica que permitirán contar con criterios de evaluación acordes a las características de la población.

Los estudios mencionados anteriormente demuestran que existe un alto índice de depresión, sin embargo, en el departamento de Nariño son escasos los estudios que se reportan, lo cual dificulta la consolidación de datos estadísticos en las diferentes entidades, tales como el Instituto Departamental de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las diferentes entidades prestadoras de salud.

Los factores que intervienen en la aparición y adquisición de este trastorno en los niños son de origen múltiple, destacándose como los principales, las pérdidas importantes, el estrés crónico en la familia, abuso de cualquier tipo, cambios significativos y que otro miembro de la familia presente problemas de salud mental, teniendo en cuenta que éste último tiene mayor incidencia en la salud mental de los niños (Guerrero, 2000).

Dentro de las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en relación con la aparición de la depresión infantil se encuentra la depresión paterna y fundamentalmente, la materna (Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo, 2004). La depresión de los padres puede repercutir a través de una serie de mecanismos no biológicos, los padres pueden influir en los hijos mediante interacciones padre e hijo, a través de prácticas de formación e instrucción así como mediante la organización del entorno social de los mismos. (Dodge, 1990 citado por Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, Uribe, 2002).

Las relaciones con los padres también son fuente de muchos desajustes infantiles y depresión; las inadecuadas relaciones familiares aparecen en el 15% de los sujetos normales y en el 51% de los deprimidos, sin embargo las buenas relaciones familiares amortiguan las reacciones emocionales ante las dificultades infantiles (Lewinshohn, citado por Mantilla, 2004). La depresión infantil se ha asociado a un ambiente familiar estresante, sin ser este un factor determinante para la adquisición del trastorno.

La depresión infantil se constituye como un evento estresante que afecta directamente a los padres del niño que la padece; esta situación puede desbordar los recursos que poseen para hacerle frente, generando así malestar psicológico en los miembros de la familia. El cómo los padres de familia enfrentan el trastorno, depende de las estrategias de afrontamiento que poseen para manejar la situación.

Las estrategias de afrontamiento son consideradas como un conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a

resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta de ansiedad o a modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus y Folkman, 1986). La utilización de determinada estrategia de afrontamiento va a depender de la situación en si, la evaluación cognitiva y el control percibido; las emociones y/o la activación fisiológica (Cano, Quiceno, Vinanccia, Gaviria, Tobón y Sandin 2006).

El concepto de estrategias de afrontamiento ha sido trabajado en el campo de la salud mental y psicopatología, principalmente, relacionándolo con el estrés, las emociones y la solución de problemas.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión, no existen sustentos investigativos ni teóricos que relacionen estas dos variables; por lo cual se constituye como un problema de investigación, ya que al identificar las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y de padres de niños con nivel bajo de depresión, se puede establecer si existen diferencias entre estos dos grupos, aportando así, nuevos elementos que permitan comprender a las familias, a fin de que reciban una atención acorde con sus necesidades, así como también se contribuiría a prevenir trastornos mentales y promover la salud mental dentro de las diferentes instituciones educativas.

En el presente trabajo investigativo se identificaron las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la institución



educativa municipal INEM y se analizó si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada grupo.

Este estudio se puede constituir como un primer aporte, que abre la posibilidad de intervenir sobre el trastorno depresivo en población infantil dentro de la Institución Educativa Municipal INEM, al igual que permite optimizar el desarrollo de estrategias de afrontamiento específicas de padres de niños con nivel alto de depresión y de padres de niños con nivel bajo de depresión, adelantando así actividades efectivas en la promoción de la salud mental infantil.

### **Formulación del problema**

¿Existen diferencias entre estrategias de afrontamiento utilizadas por padres de niños con nivel alto de depresión y estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto?

### **Sistematización del problema**

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento conductuales más utilizadas de padres de niños con nivel alto de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento cognitivas más utilizadas de padres de niños con nivel alto de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento conductuales más utilizadas de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento cognitivas más utilizadas de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto?

### **Justificación**

Existe una gran variedad de trastornos mentales que afectan la vida y normal funcionamiento de las personas, causando deterioro tanto a nivel personal, como familiar y social; dentro de estos trastornos se encuentra la depresión, la cual se caracteriza por perturbaciones en las emociones, que causan malestar subjetivo y entorpecen la capacidad de una persona para funcionar adaptativamente. (D.Sue, D.Sue y S.Sue, 1996).

Dentro de la población que padece depresión se encuentra la población infantil, la cual se ha incrementado en los últimos años elevándose así los índices de prevalencia, razón por la cual se hace necesario intervenir en el inicio del trastorno a una edad temprana, con el fin de prevenir futuras complicaciones a corto, mediano y largo plazo; para que esto se dé es

importante trabajar no sólo a nivel personal, sino también a nivel familiar, ya que la depresión es una problemática que afecta no sólo al individuo que la presenta, sino también al entorno en el que se desenvuelve, especialmente el entorno familiar.

Durante un largo período de tiempo la comunidad científica sostenía que la depresión infantil no existía, esta concepción cambió a partir de los trabajos investigativos realizados por diferentes autores, tales como Melanie Klein (1934, posición depresiva infantil); René Spitz (1935, depresión anaclítica) y Bowlby (1969, proceso de separación materna), quienes aportaron a la construcción de teorías respecto al campo de la depresión infantil.

Actualmente se reconoce la existencia de depresión infantil y se han incrementado los estudios en dicha población, enfatizándose en aspectos como etiología, prevalencia, factores de riesgo, curso y manifestaciones; de igual forma se han centrado en el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual donde el aporte de la familia es reducido.

La depresión en niños es un trastorno insidioso, en bastantes ocasiones poco reconocido, confundido con otros trastornos, o entendido como una variación normal del estado de ánimo. Las causas de este hecho son varias e incluyen, entre otras, el tipo de sintomatología y la naturaleza frecuente encubierta de los síntomas (Campos, s.f. citado por Figueras, s.f.). En los últimos años ha habido un interés creciente por el estudio de la depresión infantil, lo cual ha contribuido a comprender y a analizar mejor este trastorno,

ya que la depresión se ha convertido en uno de los principales problemas de salud mental de la sociedad actual, siendo entonces un tema a considerar como objeto de estudio.

El otro gran apartado de la literatura sobre la problemática psicosocial del niño con depresión, lo constituye la familia; el trastorno depresivo genera gran impacto sobre la dinámica familiar alterando su normal funcionamiento, por lo cual el conocer las estrategias de afrontamiento de padres de familia contribuye a identificar las fortalezas y debilidades que poseen en el momento de hacerle frente a situaciones estresantes, al igual que si los recursos psicológicos que emplean son adaptativos o no, ya que son ellos quienes deben incentivar en los niños la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración.

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar demandas externas e internas generadoras del mismo, como el estado emocional desagradable que puede llegar a producir (Lazarus y Folkman, 1986).

De acuerdo a esta definición es importante enfatizar en la necesidad de identificar las situaciones que se perciben como generadoras de tensiones e inestabilidad emocional, así como las capacidades y recursos con los que cuentan los padres para poder enfrentarlas exitosamente (Casullo, 1998 citado por Della Mora, s.f.).

En esta investigación interesa señalar las estrategias de afrontamiento de los padres frente al estrés en general y no específicamente frente al estrés generado por el trastorno de sus hijos, al igual que las estrategias de afrontamiento empleadas por padres de niños con nivel alto y bajo de depresión y si existen diferencias entre estas estrategias, básicamente, porque se identifican estrategias específicas de cada grupo, con el fin de fortalecer las estrategias existentes y potencializar la búsqueda de recursos que faciliten el manejo adecuado del trastorno, al igual que permite la obtención de herramientas para generar procesos de interventivos y preventivos.

Este estudio es relevante, debido a que en nuestro contexto las investigaciones sobre depresión infantil y estrategias de afrontamiento son escasas; en especial dentro de la Institución Educativa Municipal INEM, en la cual no se han desarrollado estudios sobre este trastorno en particular y tampoco se ha involucrado a los padres de familia.

La mayor parte de estudios se han dirigido a investigar el afrontamiento y depresión como variables independientes o han sido relacionadas con otras variables como dolor crónico, diabetes, cáncer y trastornos de ansiedad, lo que demuestra la inexistencia de datos empíricos acerca de esta relación.

Dada la falta de antecedentes en la investigación del tema, este estudio se plantea como una primera aproximación, que permite sentar bases para investigaciones posteriores, de aquí la importancia y la novedad del presente trabajo.

Un aspecto importante de la investigación fue el de identificar niveles altos de depresión en niños, ya que permitirá, posteriormente, una intervención y seguimiento de cada uno de los casos, teniendo en cuenta, que si la depresión es abordada de forma temprana, se pueden prevenir futuras complicaciones en las siguientes etapas del ciclo vital, así como también disminuir trastornos del estado de ánimo dentro de la población. El estudio arrojó una prevalencia de 30.6% de depresión infantil en el grado quinto de primaria, dando por sentado que existe un problema dentro de la institución, lo que indica que se debe llevar a cabo acciones orientadas no sólo a la intervención y tratamiento, sino también a la prevención del trastorno y a la promoción de una adecuada salud mental, para lo cual se hace necesario partir del contexto escolar, familiar y social.

De igual forma la investigación abre las posibilidades de realizar estudios sobre depresión y estrategias de afrontamiento en niños y sus familias ampliando el conocimiento en los diferentes campos de la psicología, tales como la psicología de la salud, en promoción y prevención, psicología del comportamiento en el campo clínico, desarrollando la práctica de este dentro de la institución.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar las diferencias entre estrategias de afrontamiento utilizadas por padres de niños con nivel alto de depresión y estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto

### **Objetivos específicos**

Identificar las estrategias de afrontamiento conductuales más utilizadas de padres de niños con nivel alto de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto.

Conocer las estrategias de afrontamiento cognitivas más utilizadas de padres de niños con nivel alto de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto.

Identificar las estrategias de afrontamiento conductuales más utilizadas de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto.

Conocer las estrategias de afrontamiento cognitivas más utilizadas de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto.

Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de

depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal  
INEM-Pasto.



## **MARCO CONTEXTUAL**

### **Institución Educativa Municipal INEM-Pasto**

La Institución Educativa Municipal INEM, sede Pasto, se creó bajo la resolución 0350 del 23 de agosto de 2003; se encuentra ubicada en el sector occidental de la ciudad de Pasto, a un lado de la Avenida Panamericana, entre las carreras 23 y 26. Esta institución tiene una población cercana a los 7.000 estudiantes. La Institución es de carácter oficial y diversificada, y presta los servicios de preescolar, básica y media técnica, en dos jornadas, mañana y tarde; en cada jornada hay un preescolar, dos primeros, dos segundo, dos terceros, dos cuartos, dos quintos; el promedio de estudiantes por curso es de 40.

La misión de la Institución Educativa INEM, es acompañar en el proceso de formación integral de los estudiantes de manera que les permita la construcción de su autonomía, la capacidad para continuar estudios superiores, ubicarse en el sector productivo, de liderazgo comunitario y en consecuencia alcanzar su realización singular, colectiva e histórica.

La visión de la institución es la de convertirse en un centro de educación superior y formar individuos íntegros.

### **Fundamentos del PEI-INEM**

#### **Fundamento filosófico**

El INEM de Pasto concibe la educación como un proceso que se construye en libertad y sus pilares fundamentales son las ciencias, las tecnologías y los saberes para un desarrollo humano en eticidad.

### **Fundamento epistemológico**

En el INEM de Pasto el conocimiento se produce participativamente y el centro fundamental de este proceso de construcción del conocimiento es el aprendizaje crítico y creativo. Las necesidades extendidas en la globalidad son preocupación básica en la docencia y en la discencia. La ciencia siempre es una pregunta, y solo pregunta quien tiene interés. Por lo tanto, el aprendizaje anima el deseo de saber.

### **Fundamento social**

El INEM de Pasto reconoce la crisis social del mundo contemporáneo y por consiguiente lucha por una democracia participativa; el colegio forma en las libertades ciudadanas.

El INEM es una institución abierta a los acuerdos, descensos, la pluralidad y la diversidad; su papel en la formación compromete la creación de una juventud capaz de liderar procesos de cambio social y singular.

### **Fundamento psicológico**

El INEM de Pasto ofrece formación respetando las diferencias individuales, los ritmos de aprendizaje, los intereses y metas de cada uno de los miembros de la comunidad educativa. Es una institución que privilegia el desarrollo de las personas a partir de prácticas cotidianas como el afecto y la crítica constructiva.

### **Fundamento pedagógico**

En el proceso curricular del INEM de Pasto se pretende convertir la práctica pedagógica sin sentido en una práctica pedagógica con sentido. En lugar de acumular conocimiento interesa despertar la curiosidad.

El desarrollo científico en armonía con las exigencias de la sociedad en los espacios de la modernidad.

La educación diversificada se sustenta en la integración de las áreas del saber, en el deseo de aprender, en el desarrollo humano y tecnológico. Una escuela activa, que relaciona teoría, práctica y la opción de aplicar diferentes metodologías.

## **MARCO TEORICO**

### **Depresión**

Según García (2000) la depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión, y desesperanza profundos.

La depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y las personas en ciertos periodos del ciclo vital parecen ser las más afectadas.

Beck (2001), concibe a la depresión como un desorden del pensamiento y supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. La teoría de Beck establece que la depresión no es un desorden afectivo, como podría parecer a primera vista, sino un problema cognitivo. De acuerdo a Klerman, (1987 citado por Bellock, Sandin, 1998) y ramos existen diferentes síntomas dentro del trastorno depresivo.

## **Síntomas depresivos**

### **Síntomas anímicos**

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión, además de estar presente en prácticamente en todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes (Klerman, 1987 citado por Belloch et al. 1998).

Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o ansiedad.

### **Síntomas motivacionales y conductuales**

Uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hayan. En efecto, la apatía, la indiferencia y, en definitiva, la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo, etc. Tomar decisiones cotidianas puede convertirse también en una tarea casi insalvable (Klerman, 1987 citado por Belloch et al. 1998).

En su forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos, este retardo puede llegar al “estupor depresivo”, un estado

caracterizado por mutismo y parálisis motora casi totales (Klerman, 1987 citado por Bellock et al. 1998).

### **Síntomas cognitivos**

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente (Calderón, 1984), incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. Pero aparte de estos déficit formales, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado. En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La autodepreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en las cogniciones de estas personas.

Los modelos cognitivos de la depresión plantean que estas cogniciones negativas pudieran tener un papel causal más que sintomatológico en el desarrollo del trastorno. Es decir, las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma.

### **Síntomas físicos**

La aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico de los pacientes depresivos, son los problemas de sueño, normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche o despertar precoz), si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnio. Otros síntomas físicos

comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y la disminución de la actividad y el deseo sexual que, en los hombres puede incluso acompañarse con dificultades en la erección.

También, los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.), así pues los síntomas físicos a veces se consideran como una importante línea divisoria entre la depresión normal y la depresión clínica (Depue y Monroe, 1978; citado por Belloch, et al. 1998) o , si se desea precisar aun más entre aquellos que buscan ayuda médica o psicológica y aquellos que no lo hacen (Goldberg y Huxley, 1992 citado por Belloch, et al. 1998).

### **Síntomas interpersonales**

Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reaccúa aislándoles aun más (Klerman y Weissman, 1986 citado por Belloch, et al. 1998) un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes puede ser un buen predictor de un peor curso de la depresión (Barnett y Gotlib, 1988 citado por Belloch, et al. 1998)

## **Depresión infantil**

La depresión en la infancia se ha visto sujeta a grandes controversias en la historia de la investigación. Afortunadamente hoy goza de total autonomía, y aunque 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 porque no se acepte una depresión diferencial específica para esta edad.

Dentro de la infancia, a su vez, se pueden establecer distintos subestadios, en función de la edad, que hacen al niño 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 síndrome.

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), (Guerrero, 2000).

El término depresión puede referirse a un síntoma, un síndrome, un grupo de respuestas psicológicas o a un trastorno. La duración e intensidad de las manifestaciones conductuales, como la tristeza, diferencia los síntomas del trastorno. Por ejemplo, un estado triste puede ser la respuesta de un niño a un trauma, pero usualmente es de corta duración; sin embargo, el trastorno depresivo se caracteriza por su duración prolongada, y se asocia a insomnio, irritabilidad, cambio en los hábitos alimenticios, y un severo trastorno social y escolar de los niños.

En este caso debe considerarse la depresión siempre que un problema conductual persista. La depresión no se refiere a momentos transitorios de



tristeza, sino a un trastorno que afecta el desarrollo e interfiere con la realización del potencial innato del niño (Lara, 2005).

### **La depresión en la edad escolar**

Es este el período de edad que más atención está recibiendo en los últimos años, siendo muchas las publicaciones generadas al respecto. En general se observan cuadros clínicos similares a los que se presentan en el adulto, pero con características diferenciales. Por otro lado, las tasas de prevalencia e incidencia son cada vez más altas en todas las partes del mundo. Ello ha hecho que se acepte por unanimidad la existencia de la depresión en la infancia. Hoy la controversia gira en torno a otros parámetros tales como cuadro clínico, criterios diagnósticos, etiología, etc.

El DSM-IV indica que los trastornos afectivos de la infancia tienen los mismos aspectos esenciales que los trastornos afectivos de los adultos; para la crisis depresiva mayor y el trastorno distímico los criterios del DSM-IV incluyen “aspectos acompañantes” específicos de la edad en la que se encuentran los niños.

El aspecto predominante (síntoma de presentación) de depresión en niños pequeños puede ser la ansiedad. Los niños deprimidos expresan a menudo pensamientos suicidas, ya sea de manera consciente (verbal) o de manera inconsciente. Aunque se informan a menudo pensamientos suicidas, sobre todo en niños hospitalizados, la conducta suicida en niños menores de doce años de edad es extremadamente rara (Mann, s.f.).

Actualmente los trastornos depresivos se reconocen como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en niños y adolescentes (Royo, s.f.).

### **Síntomas de la depresión infantil**

Los síntomas de la depresión dependen de la edad del niño. Los niños presentan tristeza, llanto fácil, irritabilidad, abandono de actividades que antes realizaban y trastornos de la alimentación y del sueño. Muchos niños deprimidos tienen además angustia y alteraciones de la conducta.

El bajo rendimiento escolar, otro síntoma principal, puede relacionarse con la falta de concentración. Lentitud en el habla y el lenguaje, fatiga excesiva, ideación suicida con y sin verdadera intención e intentos de suicidio son síntomas comunes de la depresión. (Poznanski, 1982 citado por Belloch, et al. 1998).

Los síntomas de un episodio depresivo suelen desarrollarse lentamente a lo largo de días o semanas, pero a veces suelen desencadenarse rápidamente, precipitados por un acontecimiento grave.

A continuación se presenta la descripción de la sintomatología de la depresión infantil realizada por Raynaud y Hazane (2001) citado por Gómez et al (2002)

**Tabla 1**  
Sintomatología de la depresión en niños.

<b>Signos clínicos</b>	<b>Manifestaciones observadas o descritas</b>
Cambio	Ruptura con el comportamiento previo (abrupta o agresiva)
Enlentecimiento psicomotor	Inhibición motriz Inexpresividad facial Lentitud, inercia
Inestabilidad psicomotriz	Agitación, excitación
Irritabilidad	Cólera, oposición, reactividad exagerada
Disminución o pérdida de los intereses habituales	Interrupción de actividades Pasividad
Humor depresivo	Tristeza, vivencias dolorosas, sentimiento de desesperanza
Disminución de la autoestima	Temor al fracaso, a no poder, a perder el amor de los demás, Hipersensibilidad a los defectos, a las imperfecciones. Sobreinvertimiento paradójico del éxito
Sentimientos de culpa	Vergüenza
Dificultades en la atención	Dificultad para pensar Dificultad para memorizar Dificultad para trabajar Fracaso o por el contrario éxito rotundo escolar
Trastornos de la conducta alimentaria	Restricción alimentaria Conductas bulímicas
Trastornos del sueño	Insomnio de conciliación Rechazo a acostarse Pesadillas
Quejas somáticas	

Signos de ansiedad

Miedos, pesadillas, quejas somáticas

Ideas de muerte o de suicidio

---

### **Etiología de la depresión infantil**

En la depresión mayor se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: biológicos, genéticos y psicosociales (Montes, s.f.).

#### **Factores biológicos**

Las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar el mecanismo real del trastorno del humor se orienta sobre las alteraciones de la regulación de los sistemas de neurotransmisores monoamínicos, en particular los de noradrenalina y serotonina.

Más recientemente se ha propuesto la hipótesis de una relación entre la depresión y el equilibrio colinérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo. Además se ha visto que la dopamina disminuye desde el punto de vista funcional en algunos casos de depresión mayor. Un número importante de casos tienen pruebas de aumento o disminución de la función noradrenérgica, otros estudios han señalado una disminución en la actividad serotoninérgica. A pesar de estos hallazgos la mayor parte de las hipótesis actuales sobre la función de los neurotransmisores en los estados de alteración del humor, se han orientado sobre los cambios de la sensibilidad y el número de receptores, más que sobre los cambios de la cantidad de neurotransmisores disponibles (Mann, s.f.).

Hasta la fecha, las principales sustancias neurotransmisoras implicadas en la depresión han sido las catecolaminas e indolaminas, conocidas también como monoaminas o aminas biógenas, con una implicación menor y probablemente marginal de la acetilcolina.

### **Factores genéticos**

No se conoce con certeza la causa de la depresión, aunque se piensa que puede tener un origen genético. Es mucho más frecuente la depresión en niños cuando existe un familiar cercano, padre, madre o hermano con este trastorno u otros trastornos importantes del estado de ánimo. Lo que indica que ha heredado una predisposición genética. (NIMH nacional institute of mental health, 2001). Se cree que en estas familias se hereda un menor funcionamiento de algunas de las sustancias que actúan en el cerebro como transmisores de señales (noradrenalina y serotonina). Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán el trastorno (Gómez et al. 2002).

### **Factores psicosociales**

Para Phares (2002), se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés, los llamados acontecimientos vitales, como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas. Los

acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo. También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida, sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de enfermedad. Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas, y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión.

Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor.

En el inicio de un episodio depresivo, por tanto, hay que considerar, a parte de los acontecimientos estresantes, la intervención de varios niveles (biológico-psicológico-social) de forma interrelacionada entre sí, acontecimientos vitales, soporte social y factores estresantes crónicos;

vulnerabilidad psicológica a la depresión y vulnerabilidad biológica a la depresión.

### **Factores de riesgo**

Según Guerrero (2000) existen cinco factores de riesgo determinantes en la adquisición de depresión infantil:

#### **Miembros de la familia con problemas de salud mental**

Parientes con depresión; problemas de alcohol, adicción a las drogas, que han estado bajo tratamiento psiquiátrico.

#### **Pérdidas importantes**

Muerte de un progenitor, hermano, familiar cercano; divorcio, pérdida de amigos por cambio de residencia, pérdida de la madre, muerte de una mascota, pérdida de alguna parte de su cuerpo por accidente o enfermedad, pérdida de objetos importantes, pérdida de casa.

#### **Estrés crónico en la familia**

Enfermedad crónica de un miembro de la familia o en el niño, pérdida del trabajo de uno de sus progenitores, problemas con la justicia.

#### **Abuso**

Físico, sexual y/o emocional.

#### **Cualquier cambio significativo en el seno de la familia**

Nacimiento de un hermano, violencia doméstica, problemas de convivencia entre sus padres, suicidio de un familiar o de un amigo, segundas nupcias (Guerrero, 2000).

### **Diagnóstico del trastorno depresivo en niños**

El diagnóstico de la depresión infantil ha estado frenado por las vicisitudes conceptuales a las que se ha visto sometido este síndrome: desde no admitir su existencia, a su deficiente formulación.

La información que se posee en la actualidad es relativamente reciente y es un área que se encuentra en una etapa de investigación muy activa, aunque se encuentra con limitaciones como la escasa precisión del cuadro sintomatológico, los logros alcanzados son en su mayoría material disponible para evaluar depresión adulta (Cabrera 1996).

Según Cobo (1992) el diagnóstico del niño con depresión, debe comenzar con un estudio pediátrico que permita descartar cualquier patología orgánica, si no se encuentra ningún problema de este tipo se inicia entonces un diagnóstico psiquiátrico o psicológico.

Cobo (1992) propone que el diagnóstico de la depresión en la infancia se haga en el siguiente orden: entrevista con el niño, entrevista con los padres o personas adultas que vivan con él, entrevista con los profesores, test psicológicos, respuesta positiva al tratamiento antidepresivo.

### **Criterios diagnósticos para la depresión en la infancia**

Todos los criterios requieren la presencia de humor disfórico, mientras unos exigen que el estado de ánimo sea expresado verbalmente por el niño, otros contemplan la posibilidad de hacer el diagnóstico a través de las conductas no verbales.



En cuanto a la duración de los síntomas no hay unanimidad entre ellos, oscilando esta categoría entre una semana o mes como mínimo.

El número de síntomas exigido por los diferentes sistemas para el diagnóstico de depresión varía de un autor a otro.

El diagnóstico en niños es más complejo dadas las escasas técnicas de evaluación y los profesionales entrenados en las mismas. Los trastornos depresivos generalmente siguen un curso crónico. A continuación se enuncia la clasificación propuesta por Gómez, et al.

### **Depresión mayor**

Puede ser un episodio único o recurrente.

### **Distimia**

Que puede ser primaria (inicio precoz) o secundaria (inicio tardío).

### **Depresión doble**

Se da cuando el niño presenta una distimia como un trastorno depresivo mayor superpuesto. La distimia se ha mantenido durante un año por lo menos. Se hacen ambos diagnósticos.

### **Depresión mayor en remisión parcial**

Cuando después de una depresión mayor quedan síntomas de lo que parece una distimia. Después de una depresión mayor se puede hacer un diagnóstico de distimia solo si ha habido una remisión completa de la depresión mayor durante seis meses como mínimo.

### **Depresión mayor crónica**

Después de una depresión mayor quedan síntomas depresivos durante dos años.

### **Diagnóstico según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV**

El DSM-IV no hace distinciones entre los criterios utilizados según las edades; únicamente modifica el tiempo de evolución de los síntomas en algunas patologías. En niños se requiere la presencia de síntomas por un año de la distimia y la ciclotimia en vez de dos, y aclara que el humor puede ser irritable en vez de depresivo. La modificación de peso puede ser dada en los niños por la no adquisición de lo esperado, según la curva de crecimiento pondoestatural (Gómez, et al. 2002).

Criterios para episodio depresivo mayor.

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: ésta exclusión no es aplicable si todos los

episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0. Leve
- 1. Moderado
- 2. Grave sin síntomas psicóticos
- 3. Grave con síntomas psicóticos
- 4. En remisión parcial o en remisión total
- 9. No especificado

Especificar para el episodio actual o para el más reciente (para CIE-10 MC especificaciones de gravedad psicosis remisión)

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica) con patrón estacional.

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos

epidemiológicos sugieren que la edad de inicio esta disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente.

### **Teorías explicativas de la depresión**

#### **Teorías conductuales de los trastornos depresivos**

Según Ferster (1965, 1973; citado por Belloch et al. 1998), la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio, por ejemplo: reducción drástica de los contactos sociales o de la actividad profesional, mientras que, por el contrario, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos. En concreto Ferster señala cuatro procesos que, aislados o en combinación, podrían explicar la patología depresiva: a) cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo. Desde la perspectiva conductual, se puede explicar por qué en la depresión, tras la pérdida de una única fuente de reforzamiento se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente; b) programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio; c) imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone a su vez una mala adaptación al medio y, por ende, un menor número de refuerzos positivos que a su vez produciría una

nueva reducción conductual. d) repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.

Por otro lado, Ferster (1973; citado por Belloch et al. 1998), opinaba que muchas de las conductas depresivas permitían al individuo evitar los estímulos aversivos o las situaciones desagradables en que podría esperar una nueva deducción de refuerzos positivos, de tal manera que tales conductas se mantienen por reforzamiento negativo.

**Modelo de Lewinsohn.** Para Lewinsohn (1974 – 1976; citado por Belloch et al. 1998), la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, lo cual según Lewinsohn, son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión, tales como la baja autoestima y la desesperanza, serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores aislados o en combinación: a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente; b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado; c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la

puesta en marcha de su habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales.

En la teoría de Lewinsohn (1974 – 1976; citado por Belloch et al. 1998), se señalan factores mantenedores de la depresión a corto y largo plazo. A corto plazo, la conducta depresiva se mantendría al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno en forma de simpatía, atención, apoyo y afecto. Pero a largo plazo, la conducta depresiva llegaría a ser aversiva para esas otras personas, las cuales empezarían a evitar al individuo deprimido. El reforzamiento se vería así reducido y se establecería una espiral patológica que exacerbaría o mantendría en el tiempo la sintomatología depresiva.

### **Teorías cognitivas de los trastornos depresivos**

**Teoría de Beck.** El modelo cognitivo de la depresión de Beck, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron.

Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso, la persona deprimida esta convencida de que las cosas son tan negativas como ella las ve.

Para Beck (2001), el contenido de los esquemas depresógenos esta constituido por la triada cognitiva, que es la visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro.

La modalidad depresiva (conjunto de esquemas relacionados con la depresión) presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre los que se destaca: sobregeneralización, pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, magnificación – minimización, abstracción selectiva y personalización. Estos sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, junto a la triada cognitiva, producen las alteraciones en el procesamiento de la información que se manifiestan en la depresión (Roca, s.f.).

**Teoría de la indefensión aprendida.** Para Castillo (2002), la pérdida percibida del control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad (es decir, el aprendizaje por parte del sujeto de que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales) es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva, y que tal expectativa es fruto de cualquiera de los siguientes dos factores a) una historia de fracasos en el manejo de situaciones y b) una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.

### **Teorías cognitivo conductuales**

**Teoría de autocontrol de Rehm.** Rehm (1977 citado por Belloch et al. 1998) parte de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente

de reforzamiento externa. Por tanto, en estas condiciones de ausencia de reforzamiento externo el control propio de la conducta es más importante y, en consecuencia, los modelos de autocontrol son claramente relevantes. Así, Rehm subraya que en la depresión, las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta.

Esta teoría puede concebirse, como un modelo de diátesis-estrés: un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Tal déficit, según Rehm se concreta en cualquier combinación de las siguientes condiciones: a) déficit en las conductas de auto observación: los individuos vulnerables a la depresión muestran una tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos, lo que explicaría la visión negativa y pesimista que manifiestan una vez deprimidos, también muestran una tendencia a prestar mayor atención a las consecuencias inmediatas de la conducta, que a las consecuencias a largo plazo, por lo que no pueden mirar mas allá de las circunstancias negativas actuales cuando toman decisiones conductuales; b) déficit en las conductas de auto evaluación: los individuos que tienen criterios o estándares muy rigurosos o muy altos de auto evaluación, son más vulnerables a la depresión, ya que a menudo no pueden alcanzar tales criterios y, por tanto, se evalúan de manera negativa; c) déficit en las conductas de autorreforzamiento: el sujeto deprimido se administra



insuficientes recompensas o se administra excesivos castigos. Esto es debido en parte al déficit en las conductas de auto observación y auto evaluación ya que, por ejemplo, si el individuo tiene unos criterios muy altos y sólo se fija en los aspectos negativos de su conducta, difícilmente podrá auto administrarse recompensas y por el contrario, tenderá a auto castigarse; este patrón de autorreforzamiento explicaría en parte el bajo nivel de actividad de los deprimidos y su excesiva inhibición.

### **Tratamiento**

El tratamiento de la depresión infantil ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño en base a: su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Debe además involucrar de una manera activa a los padres y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar) (Gómez et al. 2002). Las terapias psicológicas más utilizadas son:

#### **Terapia cognitivo conductual**

Es probablemente el tipo de psicoterapia más usada. Reúne un grupo de tratamientos, derivados en su mayoría del adulto, que incluyen terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en relajación, terapia racional emotiva, entrenamiento en resolución de problemas, intervenciones operantes, o intervenciones multi-componentes.

Se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su depresión y pueden identificarse y tratarse con esta técnica.

El tratamiento cognitivo-conductual es eficaz tanto en poblaciones escolares con síntomas depresivos, como en adolescentes con depresión clínica y en la prevención de las recaídas. El éxito del tratamiento cognitivo-conductual está relacionado con la menor severidad del cuadro y con la menor edad de los adolescentes (Gómez et al. 2002). Mayoritariamente los programas cognitivo-conductuales incluyen, por una parte el análisis cognitivo, con el reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta y la cognición y el cambio de atribuciones cognitivas negativas (aspectos de la terapia cognitiva de Beck). Por otra parte, incluyen la intervención más conductual, como el entrenamiento en habilidades sociales y la ayuda en la resolución de problemas.

La duración de los tratamientos cognitivo-conductuales no es prolongada aproximadamente 12-20 sesiones.

La mayoría de estudios han encontrado una tasa alta de recaídas en el seguimiento cuando se aplica como única modalidad terapéutica.

### **Terapia Conductual**

Se basa en la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc. (Gómez et al. 2002).

### **Prevención de la depresión**

La prevención de la depresión es una de las actividades sanitarias actuales primordiales y prioritarias ya que existe una alta incidencia de la enfermedad depresiva; los sufrimientos que la depresión acarrea no sólo para la persona que la padece, si no, también para sus allegados y para la sociedad en general; el alto coste económico; la considerable cuota de mortalidad, distribuida en suicidios, afecciones (debido al descenso del sistema neuroinmune) y complicaciones graves.

La prevención primaria que trata de evitar nuevos casos de depresión, se constituye como la prevención por antonomasia.

La prevención secundaria consiste en evitar los agravamientos, las recaídas y las recurrencias, lo cual exige esforzarse en estas dos tareas: diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo.

La prevención terciaria se dirige a la prevención del suicidio y de la cronicidad.

### **Normas éticas para la investigación con niños**

Principio 1: procedimientos no nocivos. No deberá utilizarse ningún método de investigación que pueda ser nocivo para el niño, ya sea física o psíquicamente, deberá utilizarse el método de investigación que provoque menos tensión.<sup>4</sup>

Principio 2: consentimiento informado. Deberá obtenerse el consentimiento o aprobación del niño. El niño deberá estar informado de las

características de la investigación que puedan afectar su voluntad de participar.

Principio 3: consentimiento de los padres. Así mismo deberá obtenerse, preferiblemente por escrito el consentimiento de los padres, tutores o aquellos que actúen como progenitores del niño en ese momento.

Principio 4: consentimiento adicional. Deberá obtenerse el consentimiento informado de personas, tales como profesores, cuya interacción con el niño sea objeto de la investigación.

Principio 5: incentivos. Todo incentivo para participar en la investigación deberá ser adecuado y no deberá superar de modo indebido los incentivos que normalmente recibe el niño.

Principio 6: engaño. Si el engaño o retención de información se considera esencial, los colaboradores deben estar de acuerdo con este criterio. Mas adelante deberá informarse a los participantes las razones de dicho engaño. Deberán hacerse todos los esfuerzos posibles para utilizar métodos engañosos que es sepa no tienen efectos negativos.

Principio 7: anonimato. Deberá obtenerse una autorización para acceder a los registros institucionales, y deberá preservarse el anonimato de la información.

Principio 8: responsabilidad mutua. Deberá existir un acuerdo claro con respecto a la responsabilidad de todas las partes que participen en la investigación. El investigador debe hacer honor a todas sus promesas y compromisos.

Principio 9: riesgos. Cuando en la investigación, la información que se presenta ante el investigador pueda poner en riesgo el bienestar del niño, dicha información deberá estudiarse con los padres o tutores y con expertos que puedan proporcionar asistencia al niño.

Principio 10: consecuencias imprevistas. Cuando los procedimientos de investigación den como resultado consecuencias imprevistas o indeseables para el participante, dichas consecuencias deberán corregirse y el procedimiento deberá volverse a diseñar.

Principio 11: confidencialidad. La identidad de los sujetos, así como la información relativa a los mismos, deberá mantenerse en secreto. En el caso que la confidencialidad pudiera verse amenazada, esta posibilidad, junto con los métodos para evitarlo, deberán explicarse como parte de los procedimientos para obtener el consentimiento informado.

Principio 12: informar a los participantes. Inmediatamente después de recopilar la información, cualquier información que haya podido producirse debe aclararse. Deberá informarse a los participantes de los descubrimientos generales de un modo adecuado a su comprensión, cuando por motivos científicos o humanos se justifique la retención de la información, deberá hacerse todo lo posible para que dicha información retenida no tenga consecuencias perjudiciales.

Principio 13: comunicación de los resultados. Las palabras del investigador pueden tener un peso no deseado; por consiguiente, los

resultados deberán comunicarse con gran precaución, dando consejos y realizando afirmaciones ponderadas.

Principio 14: repercusiones de los hallazgos. Los investigadores deben ser conscientes de las repercusiones sociales, políticas y humanas de su investigación, y ser especialmente cuidadosos en la presentación de sus descubrimientos.

### **Características del desarrollo infantil**

Teniendo en cuenta que dentro del proceso investigativo se trabajará con población infantil, es importante entender conceptos y principios sobre el desarrollo en la niñez intermedia los cuales serán mencionados a continuación.

#### **Niñez intermedia**

El niño o niña de este periodo es el de 6 o 7 hasta los 11 o 12 años, que una vez conquistado el movimiento, el lenguaje y la percepción durante la etapa anterior, los perfecciona con la práctica permanente, dando lugar a la consolidación de los cambios que favorecen el dominio del área física y sociocognitiva.

El niño o niña de la edad intermedia desarrolla habilidades para socializarse, gustando de formar dúos o grupos, en los que aprende los valores de la solidaridad, competencia y colaboración, madurando sus emociones y autoconcepto

Durante este tiempo las diferencias individuales se tornan más evidentes y las competencias y aptitudes que desarrolla el niño afectan su desarrollo

psicosocial. La escuela se convierte en la experiencia fundamental para el niño y, aunque los padres continúan siendo importantes, el grupo de pares es más influyente que antes (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

### **Desarrollo emocional**

El desarrollo cognitivo que ocurre durante la niñez intermedia permite a los niños desarrollar conceptos más complejos sobre sí mismos y aumentar su comprensión y control emocional. A los 7 u 8 años, los niños característicamente han internalizado la vergüenza y el orgullo. Estas emociones, que dependen del conocimiento de las implicaciones de sus acciones y de la clase de socialización recibida por los niños, afectan su opinión respecto a sí mismos. Los niños también son capaces de expresar emociones conflictivas (Harter, 1993, 1996, citado por Papalia et al. 2001).

Un aspecto del crecimiento emocional, consiste en el control de las emociones negativas. Los niños descubren lo que les produce enfado, miedo o tristeza y cómo otras personas reaccionan ante la presión de estas emociones y aprenden a modificar su comportamiento en consecuencia. (Rotenberg y Eisenberg, 1997, citados por Papalia et al. 2001). A medida que crecen, los niños son más conscientes de sus propios sentimientos y de los de las demás personas. Pueden controlar mejor su expresión emocional en las situaciones sociales y responder a la ansiedad emocional de los otros (Saarni, Mumme y Campos, 1998, citados por Papalia et al. 2001). En la niñez intermedia la empatía aumenta y los niños propenden más al comportamiento prosocial. Este último es señal de una adaptación positiva,

los niños prosociales suelen actuar en forma correcta en situaciones sociales, carecer relativamente de emociones negativas y afrontar de manera constructiva los problemas (Eisenberg, 1996, citado por Papalia et al. 2001).

### **Desarrollo social**

En esta etapa aparece en el niño el deseo de realizar actividades y comienza a desarrollar el sentido de una visión del trabajo, se entrega a la adquisición de nuevas capacidades y tareas incrementando su productividad; lo más importante para él o ella es destacarse dentro de su grupo de amigos, ser popular y hacerse notar (Morales de Casas, 1997, citado por Escobar y Paz, 2005).

Es en la niñez intermedia cuando el grupo de pares florece. Los grupos se establecen espontáneamente entre niños que viven cerca o asisten al mismo colegio; por tanto a menudo están integrados por niños de idéntico origen racial o étnico y similar condición socioeconómica. Por lo común los grupos están compuestos exclusivamente por niñas o varones (Hartup, 1992, citado por Papalia et al. 2001).

Los niños del mismo sexo poseen intereses comunes; las niñas generalmente son más maduras que los varones y una y otros juegan y hablan entre sí de forma distinta. Los grupos del mismo sexo ayudan a los niños a aprender los comportamientos adecuados para el género y a incorporar a su autoconcepto los papeles correspondientes a éste (Hibbard y Buhrmester, 1998, citados por Papalia et al. 2001).



El niño que adquiere habilidades para pertenecer a determinado grupo se ejercita en normas y adquiere sentido de pertenencia; además, los niños socialmente hábiles, suelen atribuir el fracaso a factores externos y, si inicialmente no tienen éxito, perseveran ensayando nuevas estrategias hasta encontrar una que dé resultado (Morales de Casas, 1997; Berndt, 1997, citados por Escobar y Paz, 2005).

Por otra parte si los niños son socialmente reservados, pueden preocuparse demasiado por su desempeño en las situaciones sociales y atribuir el rechazo a causas internas, por lo que se consideran incapaces de cambiar, repitiendo estrategias infructuosas en lugar de intentar nuevos métodos para obtener aprobación, dando lugar así a un patrón de indefensión (Erdley, 1997 citados por Papalia et al. 2001). Los conceptos que los niños tienen de la amistad y las formas en que actúan con sus amigos cambian con la edad, lo que refleja su crecimiento cognitivo y emocional. Los amigos preescolares juegan juntos, pero la amistad entre escolares es más profunda y estable. Los niños no pueden ser amigos verdaderos ni tenerlos, hasta que poseen la madurez cognitiva para considerar los puntos de vista y las necesidades de otras personas además de los propios (Hartup, 1992; Hartup y Stevens, 1999; Newcomb y Bagwell, 1995, citados por Papalia et al. 2001).

### **Desarrollo físico**

En comparación con el ritmo acelerado de la niñez temprana, el aumento del peso y de la estatura durante la niñez intermedia se reduce

considerablemente. No obstante, aunque los cambios que ocurren día a día, pueden no resultar obvios, ellos se suman para establecer la diferencia entre los niños de 6 años que aún son pequeños y los de 11, muchos de los cuales comienzan a parecerse a los adultos (Papalia et al. 2001).

### **Desarrollo motor.**

Durante la niñez intermedia, las capacidades motrices de los niños continúan progresando. Los niños son cada vez más fuertes, rápidos y más coordinados, y les complace sobremanera poner a prueba sus cuerpos y aprender nuevas habilidades. Aunque existe poca diferencia en las habilidades motrices de los niños y las niñas menores, estas desigualdades se tornan mayores a medida que se acercan a la pubertad. Parte de esta desigualdad entre los géneros se debe al creciente tamaño y fuerza de los niños y a la mayor corpulencia de las niñas, aunque gran parte de la misma, puede obedecer a las diversas experiencias y expectativas culturales, a los distintos niveles de entrenamiento y las discrepantes tasas de participación (Papalia et al. 2001).

### **Desarrollo cognitivo**

Según Piaget (1973. Citado por Papalia et al. 2001), aproximadamente a los 7 años de edad, los niños ingresan a la etapa de las operaciones concretas, cuando pueden utilizar las reflexiones mentales para solucionar problemas concretos (reales). Los niños pueden ahora pensar lógicamente, puesto que pueden tener en cuenta múltiples aspectos de una situación. Sin

embargo, aún están limitados a pensar acerca de las situaciones reales en el aquí y el ahora.

**Razonamiento espacial.** Los niños en la etapa de las operaciones concretas, pueden comprender mejor las relaciones espaciales. Ellos tienen una idea más clara de la distancia entre un lugar y otro y cuánto tardarán en llegar allí, y pueden recordar con mayor facilidad la ruta y las señales a lo largo del camino.

**Causa y efecto.** El juicio acerca de la causa y el efecto mejora durante la niñez intermedia. Al parecer estos dos procesos mentales se desarrollan separadamente a medida que la experiencia permite a los niños revisar sus teorías intuitivas acerca de cómo funcionan las cosas (Amsel, Goodman, Savoie y Clack, 1996. Citado por Papalia et al. 2001).

**Categorización.** La categorización incluye ahora capacidades tan sofisticadas como la seriación, la cual es la capacidad para organizar los objetos según una dimensión; la inferencia transitiva, que es la comprensión de la relación entre dos objetos conociendo la relación de cada uno de ellos con un tercero; y la inclusión de clase, que es la comprensión de la relación entre un todo y sus partes.

**Conservación.** Al solucionar diversos tipos de problemas de conservación, los niños en la etapa de las operaciones concretas, pueden elaborar mentalmente sus respuestas; no precisan medir o pensar los objetos.

**Juicio moral.** El juicio moral es el acto mental que afirma o niega el valor moral frente a una situación o comportamiento. Por medio del juicio moral se pretende la búsqueda de la verdad.

El juicio moral se pronuncia sobre la presencia o ausencia de un valor ético, en una situación o comportamiento concreto (Matute, 2004).

El desarrollo del juicio moral supone un apoyo educativo explícito, de acuerdo al entorno que el individuo ha sido expuesto desde el nacimiento hará una base del juicio moral.

Existen diferentes teorías sobre el desarrollo del juicio moral, una de ellas es la de Lawrence Kohlberg, quien hace una descripción del proceso por el cual se desarrolla el juicio moral. Kohlberg se centró en la importancia de las oportunidades para adoptar la perspectiva de otros y en la experimentación de los conflictos que surgen entre el estado concreto y el pensamiento moral de un individuo y los razonamientos de otra persona que se encuentra en una fase más avanzada (Matute, 2004).

En un trabajo con una muestra de niños que oscilaban entre los 10 y los 16 años, Kohlberg demostró que el razonamiento empleado para justificar sus posiciones morales podía clasificarse en seis modelos distintos de juicio moral. Los modelos están relacionados con la edad aunque no dependen de ella, y se los puede caracterizar como niveles de juicio moral (Papalia et al. 2001)

Nivel 1, nivel preconvencional, no hay interiorización.

Estadio 1, moralidad heterónoma, los niños obedecen a los adultos porque las personas mayores les dicen que tienen que hacerlo. Los individuos basan sus decisiones morales en el miedo al castigo.

Estadio 2, individualismo, propósito instrumental e intercambio: los individuos persiguen su propio interés, pero dejan que otros hagan lo mismo. el concepto de corrección conlleva a un intercambio equitativo.

Nivel 2. nivel convencional, interiorización intermedia,

Estadio3, expectativas interpersonales mutuas, relaciones y conformidad interpersonal, los individuos valoran la confianza, la preocupación y la lealtad hacia los demás como base para plantear los juicios morales.

Estadio 4. moralidad de los sistemas sociales, los juicios morales se basan en la comprensión del orden social, la ley , la justicia y el deber.

Nivel 3. Nivel posconvencional, interiorización completa.

Estadio 5. Contrato social o utilidad y derechos individuales.

Los individuos entienden que los valores, los derechos y los principios forman la base de la ley o la trascienden.

Estadio 6, principios éticos universales, el individuo desarrolla juicios morales basados en los derechos humanos universales. Cuando se encuentra a un conflicto ente la ley la conciencia, se rige por la conciencia personal e individualizada.

### **Afrontamiento**

Según Lazarus y Folkman (1986), se define al afrontamiento como el cambio constante de los esfuerzos cognitivos y conductuales para responder

a las demandas específicas de carácter externo y/o interno que se valoran como elementos que exceden los recursos de una persona. El afrontamiento se trata de un proceso que cambia constantemente a medida que los propios esfuerzos son valorados como actos de mayor o menor éxito. De igual forma el afrontamiento no es automático. Se trata de un patrón de respuesta aprendido frente a las situaciones estresantes. El afrontamiento requiere de esfuerzo. Una persona no tiene que ser totalmente consciente de su respuesta de afrontamiento, y los resultados pueden ser exitosos o no, pero el esfuerzo tiene que haberse realizado, el afrontamiento es un esfuerzo orientado a manejar la situación. En este caso no son necesarios el control ni la maestría.

Para que el afrontamiento sea efectivo, debe haber concordancia entre las opciones de afrontamiento y variables como son los valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionen la posición del individuo. De esta manera, hay factores situacionales y personales que influyen en la evaluación cognitiva de un individuo, éstos últimos incluyen los compromisos y las creencias. Los compromisos son expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones, influyen en la búsqueda de alternativas entre las que el individuo elige para conservar sus ideales o lograr sus objetivos. Las creencias, son configuraciones cognitivas formadas cultural o individualmente, a través de las cuales el individuo interpreta y da significado a los acontecimientos del entorno, pueden ser de control personal o existencial.

Los factores situacionales son los referentes a la novedad e incertidumbre del acontecimiento. La novedad puede resultar estresante si existe asociación previa de algún elemento de la situación con daño o peligro, o por el contrario cuando la novedad es ambigua el individuo tiene dificultad para darle un significado exacto y definir su importancia. La incertidumbre es el grado de probabilidad de que ocurra una situación, de tal forma que si la situación se percibe con alto grado de incertidumbre existe mayor probabilidad de que se torne estresante (Lazarus y Folkman, 1991, citado por Gonzáles y Padilla, 2006).

Para Lazarus y Folkman (1986) la capacidad de una persona de afrontar una situación depende de numerosos factores. a) la salud y la energía: como una de las fuentes importantes de afrontamiento. Los individuos fuertes y saludables pueden responder mejor a las demandas externas e internas que las personas débiles, enfermas y cansadas; b) creencia positiva: la capacidad de soportar el estrés aumenta cuando las personas creen que son capaces de obtener las consecuencias deseadas; c) capacidad de resolver problemas; d) habilidades sociales: la confianza que uno tiene en su propia capacidad de hacer que otras personas colaboren, puede constituir una importante fuente del manejo del estrés y e) apoyo social: aceptación afecto y valoración por parte de otras personas.

De acuerdo con la perspectiva transaccional de Lazarus, los recursos materiales y sociales no son tan importantes como la idea personal que se tiene de dichos recursos. La percepción de que se es capaz de manejar o

alterar una situación medioambiental estresante y la confianza que infunde saber que se tiene la capacidad de regular el propio malestar emocional, son los dos factores principales que permiten afrontar el estrés.

### **Tipos de afrontamiento**

Según Lazarus y Folkman (1986) citado por Bravo y Erazo, (2005) existe una diferencia entre las funciones del afrontamiento y sus resultados. La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia, mientras que el resultado está referido al efecto que cada estrategia tiene. Sin embargo, aunque los tipos de afrontamiento no se definen en términos de resultados, se espera que determinados tipos generen ciertos resultados.

Lazarus y Folkman (1986) realizaron una división de las funciones formulando dos tipos de afrontamiento, el primero se encuentra dirigido a manipular o alterar el problema y el segundo busca regular la respuesta emocional producida por el estresor.

No obstante Lazarus y Folkman (1986) proponen que éstos dos tipos de afrontamiento no son excluyentes, ya que una misma conducta puede tener varias funciones; así, una estrategia puede centrarse en la solución del problema y contribuir a la vez en el manejo de las emociones. De hecho, existe evidencia de que la mayoría de las personas utilizan estrategias de afrontamiento que cumplen las dos funciones simultáneamente.



### **Afrontamiento centrado en el problema.**

Se refiere a los esfuerzos dirigidos a resolver, manejar o alterar el problema que está causando el estrés. Esta forma de afrontamiento generalmente aparece cuando las condiciones son evaluadas como susceptibles de ser modificadas (Lazarus y Folkman, 1986).

La función de este tipo de afrontamiento es cambiar la relación entre el individuo y el entorno, actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, manejando las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, para manejar la fuente generadora de estrés; es decir, pueden modificarse tanto las circunstancias problemáticas, como aportarse nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales (Sandín, 1996 citado por Rueda y Aguado, 2003).

El afrontamiento centrado en el problema es significativo debido a que en primer lugar, involucra la identificación de metas en situaciones específicas, las cuales hacen que el individuo enfoque su atención, y en segundo lugar, porque el asumir este tipo de afrontamiento hace posible que el individuo se sienta eficaz y experimente dominio y control ante la situación estresante (Folkman y Tedlie, 2000 citado por Bravo y Erazo, 2004).

### **Afrontamiento centrado en la emoción**

Está dirigido a regular la respuesta emocional que produce o genera el problema. Esta forma de afrontamiento tiene más probabilidades de aparecer cuando se ha presentado la evaluación de que no puede hacerse

nada para modificar las condiciones aversivas, amenazantes o desafiantes del entorno ( Lazarus y Folkman, 1986). En términos generales, éste objetivo se puede conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o de el entorno (Rueda y Aguado, 2003).

Para Lazarus y Folkman (1986 citado por Bravo y Erazo, 2004), ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigidas a la emoción, modifican la forma de vivir la situación sin modificarla objetivamente, lo cual implica que se utilizan para conservar la esperanza y el optimismo, realizar una negación tanto de los hechos como de su implicación y la no aceptación de condiciones nocivas y actuar como si la situación careciera de importancia o relevancia. Estos procesos conducen por si mismos a una interpretación distorsionada de la realidad.

Es fundamental evaluar hasta qué punto las estrategias dirigidas a la emoción son formas engañosas o permiten el desarrollo por parte del sujeto de mecanismos eficaces de manejo de las demandas de su medio, puede también ser un mecanismo sano de adaptación funcional, cuando desde una valoración racional y ajustada, acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles o tan solo cabe una solución parcial del problema (Casado, s.f.).

### **Estrategias de afrontamiento**

Según Lazarus y Folkman (1984) se entiende por estrategias de afrontamiento a los esfuerzos tanto cognitivos, como conductuales, que hace

el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar demandas externas e internas generadoras del mismo, como el estado emocional desagradable que puede llegar a producir.

Según el estudio sobre las propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), realizado por Londoño, Henao, Puerta, posada, Arango, Aguirre (2006), en una muestra colombiana, se identifican las siguientes estrategias de afrontamiento.

### **Solución de problemas**

Esta estrategia puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. Algunos autores han identificado esta estrategia como planificación o resolver el problema, en la que se movilizan estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema (Fernández-Abascal y Palmero, 1999 citado por Londoño et al. 2006).

### **Apoyo social**

Esta estrategia refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés. Hallarse integrado en una estructura social es esencial para que el individuo pueda sentirse bien con respecto a sí mismo y a su vida (Bowlby, 1980; Lazarus y Folkman, 1987 citado por

Londoño et al. 2006). Además, el apoyo social actúa como freno inmediato del estrés y de sus consecuencias somáticas destructivas.

El apoyo social puede ser útil para prevenir el estrés al hacer que las experiencias dañinas o amenazantes lo parezcan menos, o bien proporcionan recursos valiosos para su afrontamiento una vez que el estrés ha aparecido (Lazarus y Folkman, 1987 citado por Londoño et al. 2006), eliminando o reduciendo el propio estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación estresora y/o atenuando la experiencia de estrés si ésta ya se ha producido. La integración en redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, experiencias de control, experiencias de afecto, desarrollo personal, empleo del sistema sanitario, y, en definitiva, mejora de la salud física y mental (Buendía, 1993, citado por Londoño et al., 2006).

### **Espera**

Esta estrategia se define como una estrategia cognitivo-comportamental dado que se procede acorde con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo. El componente se caracteriza por considerar que los problemas se solucionan positivamente con el tiempo, hace referencia a una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la solución del problema (Londoño et al., 2006).

### **Religión**

El rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. La creencia en un Dios

paternalista permite la evaluación de su intervención por parte del individuo en prácticamente todas las situaciones estresantes, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad (Lazarus y Folkman, 1986 citado por Londoño et al. 2006).

### **Evitación emocional**

Esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. El objetivo de esta estrategia es evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por la creencia de una desaprobación social si se expresa.

Algunos autores se refieren a esta estrategia como Control emocional, refiriéndose a la movilización de recursos enfocados a regular y ocultar los propios sentimientos (Fernández- Abascal y Palmero, 1999 citado por Londoño et al. 2006).

### **Búsqueda de apoyo profesional**

Esta estrategia se describe como el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo. Se considera como un tipo de apoyo social. Conocer y utilizar los recursos sociales disponibles, mejora el control percibido de la situación, existen diferencias en la capacidad y en las estrategias de que dispone el individuo para dominar las demandas sociales y vislumbrar los recursos existentes (Lazarus y Folkman, 1987 citado por Londoño et al. 2006).

Las ayudas dispuestas por un grupo social, optimizan el uso de los recursos sociales, aunque esto depende de las coacciones que se encuentran en cada grupo social. Conocer y utilizar los recursos sociales disponibles, mejora el control percibido de la situación. Existen diferencias en la capacidad y en las estrategias de que dispone el individuo para dominar las demandas sociales y vislumbrar los recursos existentes (Lazaruz y Folkman, 1987 citado por Londoño et al. 2006).

### **Reacción agresiva**

Esta estrategia hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. En la literatura se encuentra una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Un considerado grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Londoño et al., 2006).

Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluye aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, se auto-reprochan o emplean cualquier otra forma de autocastigo. En otros casos, los individuos aumentan deliberadamente su grado de trastorno

emocional para precipitarse a sí mismos a la acción (Lazarus & Folkman, 1987 Londoño et al. 2006).

### **Evitación cognitiva**

A través del empleo de esta estrategia, se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad. Se evita pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades (Londoño et al., 2006).

Fernández-Abascal y Palmero (1999 citado por Londoño et al. 2006), refieren esta estrategia dentro de tres utilizadas frente al estrés: Desconexión mental, distanciamiento y negación. La desconexión mental se refiere al uso de pensamientos distractivos para evitar pensar en la situación del problema, el distanciamiento refiere la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera. La negación describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración. Para Londoño et al. (2006) las dos primeras hacen referencia a la estrategia de evitación cognitiva, la negación emergió como una estrategia independiente, que se describirá posteriormente.

### **Reevaluación positiva**

A través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen el enfrentar la situación. Es considerada por Lazarus & Folkman, (1987 citado por Londoño et al. 2006), como un modo de

afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente.

Este componente hace referencia a la estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificar los aspectos positivos del problema, tolerar y generar pensamientos que favorezcan la forma de vivir la situación, la amenaza se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación, es una estrategia de afrontamiento activa, enfocada a crear un nuevo significado de la situación del problema (Fernández-Abascal & Palmero, 1999 citado por Londoño et al. 2006).

### **Expresión de la dificultad de afrontamiento**

Describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. Esta estrategia surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés. Podría pensarse que esta es una estrategia previa a otras estrategias, como la búsqueda de apoyo social y profesional, en donde se identifican las dificultades y se buscan soluciones a través de otros recursos no propios (Londoño et al., 2006).

### **Negación**

Describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración



(Fernández- Abascal & Palmero, 1999 citado por Londoño et al. 2006). Con esta estrategia se busca comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

### **Autonomía**

Hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales (Londoño et al., 2006).

### **Modelo transaccional del estrés**

Este modelo se centra en la interacción del sujeto con su medio. Es cómo éste hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada. Esta interacción no es una mera relación física, sino que adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del medio, que básicamente es social, el modo en que se siente comprometido por ella, compromiso que solo es comprensible desde el significado que posee esa demanda desde su biografía, sus relaciones actuales y su posición social, a la que hará, o no, frente de forma más o menos satisfactoria con la movilización de conductas, que adquieren sentido dentro de una valoración de la situación y de una planificación de las mismas de cara a unos objetivos. Ello hace que sea un modelo de clara índole cognitiva, en el que es fundamental la función perceptiva de atribución, el

valor que otorgan los sujetos, mediante cogniciones evaluativas a los sucesos. Es evidente que estas cogniciones de atribución son consecuencia de un proceso acumulativo en el que intervienen desde el aprendizaje temprano de patrones de evaluación de relaciones sociales, la inteligencia social, que nos permite integrar dentro de un marco coherente los diferentes patrones de relación interpersonal y que es objeto de un aprendizaje no intencional, con claras semejanzas y relaciones con el aprendizaje del lenguaje, a la interiorización de patrones culturales y la autoimagen que el sujeto genera de si mismo a través de su biografía (Casado.s.f.).

Según Lazarus y Folkman (1986) aunque ciertas situaciones y demandas ambientales generan estrés en un número considerable de personas, existen diferencias individuales y de grupo, en cuanto grado y clase de respuesta, debido a las variaciones respecto a la sensibilidad y vulnerabilidad frente a ciertos acontecimientos, así como en las interpretaciones y reacción ante los mismos.

#### **Evaluación cognitiva primaria**

Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo, de compromiso a su bienestar o hasta supervivencia (Casado, s.f).

#### **Evaluación cognitiva secundaria**

Es la evaluación que el sujeto hace de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si

posee recursos y capacidad para hacer frente. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como: a) desafío o reto. El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Esta situación moviliza los recursos del mismo y genera sentimientos de eficacia y de logro; b) amenaza, el sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella, genera claras respuestas ansiosas, su actividad de afrontamiento se deteriora, se torna poco eficaz, oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad. Es significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos y menos elaborados de conducta. En este contexto es donde se sitúa la patología, tanto ansiosa como depresiva.

Para el modelo de afrontamiento la respuesta ansiosa es una respuesta de anticipación, mediada cognitivamente, en la que el sujeto anticipa la amenaza, la incapacidad de hacer frente a ella (Casado, s.f.).

### **Estrategias de Afrontamiento Familiares**

El afrontamiento familiar es visto como algo más que las respuestas familiares a un estresor. Más bien se ve como un grupo de interacciones dentro de la familia y transacciones entre la familia y la comunidad. El afrontamiento cambia a lo largo del tiempo y varía como resultado del estresor, la severidad del estresor, el alcance de la acumulación de otras demandas, la cantidad de perturbación en el sistema familiar, y la

disponibilidad y uso de los recursos intrafamiliares y comunitarios (McCubbin y Patterson, 1983 citado por Ruano y Serra 2000).

Desde el nivel individual al familiar, el afrontamiento llega a ser mucho más complejo, esto explica porque los investigadores se han centrado principalmente en el nivel individual de afrontamiento. Al centrarse en el nivel de análisis familiar, surgen varias dimensiones. La primera de todas es que la realidad subjetiva de la familia llega a ser una entidad en sí misma. La segunda dimensión se refiere a que la naturaleza interaccional del afrontamiento es más importante en una familia. La coordinación entre los miembros familiares surge como una variable crítica. Algunas estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente en momentos concretos del ciclo vital y en conexión con sucesos específicos, las investigaciones han revelado que la estrategia de afrontamiento familiar no se origina en un único instante sino que se modifica progresivamente a lo largo del tiempo.

### **Familia**

Se define familia como un sistema conformado por subsistemas de padres e hijos, ligados entre si por reglas, patrones de comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción. La familia como totalidad organizada tiene autonomía, se autorregula y reconstruye su organización cuando hay perturbaciones internas (Pessah, 1999).

Hoy en día se hace más notoria la importancia de la familia como influencia en la vida de sus miembros. Es la fortaleza, los valores y las

tradiciones que se transmiten de una generación a otra, en la vida familiar, lo que crea los lazos entre cada uno de los que componen esa familia. La familia extendida, entiéndase abuelos, tíos, primos, consolida las relaciones familiares y las complementa. Si por alguna razón a la familia nuclear le falta un miembro, de alguna manera, la familia extendida provee de alguna de estas figuras a los otros miembros del grupo familiar (Pessah, 1999).

Se debe considerar que las experiencias y fortalezas o debilidades, carácter y valores se forman en la familia y son las que perduran en la vida adulta de cada miembro. Esto facilita llegar a ser adultos equilibrados, sanos y con buenas relaciones interpersonales (Montoya, Tamayo y Vélez, 1985).

Cuando un individuo nace, la familia lo provee no solo de los cuidados primarios como alimento y casa, sino de amor, atención y respeto.

La familia es tan importante para cualquier sociedad que cuando hay problemas agudos como: delincuencia, drogadicción, enfermedad mental, etc., inmediatamente se piensa que son consecuencia de la inestabilidad y de la insatisfacción de la vida familiar. La familia tiene la responsabilidad de formar íntegramente a cada uno de sus miembros, ya que si la familia funciona bien, se mejora el nivel de vida de cada persona y por lo tanto de la sociedad (Montoya, Tamayo y Vélez, 1985).

Según sus condiciones particulares, cada familia debe ofrecer lo fundamental para: a) satisfacer las necesidades íntimas de tipo personal, como son la búsqueda de afecto, placer, seguridad y compañía que sirven de base para la formación del carácter y la personalidad de los hijos; b)

satisfacer necesidades de tipo material, por ejemplo, abrigo, alimentación, etc. que dan la protección para poder vivir; c) alcanzar la integración social, o sea, servir de enlace entre el individuo y la sociedad, lo que permite a las personas estar en contacto con otros (Montoya, Tamayo y Vélez, 1985).

La familia está abierta a la sociedad y debe estar atenta para desarrollar una estrecha colaboración con ella, aprovechando los aspectos positivos y rechazando los negativos. La familia no es simplemente un grupo de personas que viven en un mismo sitio, es una comunidad que tiene fines y valores propios. (Montoya, Tamayo y Vélez, 1985).

La familia es un lugar donde cada persona se puede realizar, es: la unidad y la base de la comunidad, la familia satisface las necesidades de toda persona en cuanto a afecto, seguridad y correspondencia emocional; el amor da a la pareja confianza, que les permite cultivar las mayores aspiraciones de progreso y de bienestar tanto material como espiritual, en la familia cada ser obtiene su crecimiento, desarrollo y madurez, elementos necesarios para promover el desarrollo y transformación de la sociedad. La familia puede dar más satisfacción y seguridad que cualquier otra relación humana (Montoya, Tamayo y Vélez, 1985).

### **El niño en la familia**

Los niños en edad escolar pasan más tiempo lejos de su hogar que cuando eran menores y son menos cercanos a sus padres, sin embargo, las relaciones con estos siguen siendo importantes ya que proporcionan al niño

la protección y la seguridad en los contextos dentro de los cuales surgen las habilidades sociales básicas (Hofferth, 1998, citado por Papalia, et al. 2001).

Para comprender al niño en la familia se debe considerar el entorno familiar, su atmósfera y su estructura. Estas a su vez son afectadas por lo que sucede fuera de las paredes del hogar. Según lo describe la teoría de Bronfenbrenner (citado por Papalia, et al. 2001), los niveles adicionales de influencia incluyendo el trabajo, la condición socioeconómica de los progenitores, y las tendencias sociales como la urbanización, los cambios en el tamaño de la familia, el divorcio y las nuevas nupcias, ayudan a dar forma al entorno familiar y por tanto al desarrollo de los niños.

### **Desarrollo familiar y ciclo vital**

El esquema medular del desarrollo, es la noción de que las familias cambian de forma y función a lo largo de su ciclo vital en una secuencia ordenada de etapas evolutivas; con pautas normativas que actúan como un ideal cultural, que valorado o denigrado, ejerce influencia sobre el modo en que los individuos conducen su vida. Desarrollo familiar es un concepto amplio que abarca todos los procesos evolutivos vinculados al crecimiento de una familia.

El concepto de desarrollo familiar, es más amplio y subsume procesos vinculados a cambios del ciclo vital (que incluye estructura familiar, relación entre los integrantes familiares) (Pessah, 1999).

### **Desarrollo familiar, estresores familiares y su afrontamiento**

Las familias afrontan muchas exigencias durante la extensión de su ciclo vital, estas variaciones de intensidad, frecuencia y tipo de demandas dificultan las tareas de ajuste y resolución de problemas (Pessah, 1999).

Mc Cubbin y Figley (1980 citado por Pessah, 1999), vinculan el esquema del desarrollo familiar con la teoría del estrés familiar como el ajuste y adaptación a cambios en el ciclo vital, ajuste a los sucesos súbitos como a los esperados.

Al hablar de los eventos estresantes y cómo éstos demandan un cambio familiar, la magnitud del cambio depende de la vulnerabilidad familiar frente al factor estresante, de la definición de la gravedad del evento, de los cambios que vendrán y de la adaptabilidad familiar a estos (Pessah, 1999).

Según Walsh, (citado por Pessah, 1999), el manejo del estrés es una dimensión que pone énfasis en la manera como la familia promueve los cambios en su interior, sus relaciones con sistemas de soporte social e institucional de asistencia especializada; dimensiones útiles para evaluar el afrontamiento familiar. El soporte social brinda información del mundo exterior, retroalimentación y adaptación de la realidad, aporta orientación y mediación en la solución de problemas.

### **Familia y Psicopatología**

Para Nolen-Hoeksema, (1999) una de las principales áreas de investigación sobre la depresión en el niño y el adolescente ha sido el estudio de los hijos de padres que padecen depresión. Son varios los motivos que



explican la proliferación de dicha investigación. Al conocerse la existencia de una incidencia familiar del trastorno del estado de ánimo de los adultos, se supuso que el examen de los hijos de padres con trastornos del estado de ánimo revelaría una población que podría experimentar depresión en la niñez o en la adolescencia (Zahn-Waxler, 2000)

Los estados depresivos del estado de ánimo en los padres podrían estar relacionados con una disfunción en sus hijos a través de una serie de mecanismos; la herencia compartida puede desempeñar un papel fundamental (Zahn-Waxler, 2000)

La mayor parte de la investigación relativa al vínculo entre la depresión de los padres y la adaptación del niño se ha centrado en la depresión de la madre, de modo que se sabe relativamente poco sobre los efectos de la depresión del padre. No obstante, parece claro que la depresión de los padres es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar depresión en la niñez, igualmente, la investigación indica que es necesario examinar la especificidad de estos vínculos (Nolen-Hoeksema, 1999).

Las investigaciones que han estudiado a los padres a quienes se les han diagnosticado distintos tipos de trastornos contribuyen a responder a la cuestión de la especificidad del vínculo entre la depresión de los padres y la del niño. Por ejemplo, Weintraub, Winters y Neale (citado por Nolen-Hoeksema, 1995) hallaron que los niños de los que uno de los progenitores presentaba trastornos afectivos manifestaban problemas en una serie de dimensiones diferentes, según los juicios de sus profesores y de sus iguales.

Además los niños a cuyos padres se les había diagnosticado distintos trastornos del estado de ánimo no presentaban diferencias entre sí. Estos hallazgos indican que la vulnerabilidad del niño puede estar relacionada con factores que no sean el diagnóstico específico de los padres, los problemas que presentan los niños pueden estar más bien ligados a las alteraciones originadas como consecuencia de tener un progenitor que manifieste disfunciones.

Los niños con padres depresivos no sólo corren el riesgo de sufrir depresión, las consecuencias negativas de tener padres deprimidos parecen manifestarse en una multiplicidad de áreas del funcionamiento del niño. En efecto, estos niños y adolescentes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de adaptación entre los que figuran trastornos disociales, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de ansiedad, problemas escolares y un deterioro de la competencia social.

Existe una serie de mecanismos que pueden explicar la relación entre la depresión de los padres y la adaptación del niño. La depresión tanto en los adultos como en los niños y los adolescentes está ligada a ciertas formas de pensar y estilos cognitivos característicos. Es posible que los padres con depresión transmitan estos estilos a sus hijos. Estas formas desadaptativas de pensar también pueden tener repercusiones en el modo general en el que los adultos deprimidos tratan y crían a sus hijos (Nolen-Hoeksema, 1999).

Si bien parece claro que los niños que tienen padres deprimidos corren un mayor riesgo de tener una serie de problemas, es preciso que no todos los

hijos de padres deprimidos sufran los mismos efectos negativos. Muchos niños que tienen un progenitor que presenta depresión establecen con dicho progenitor un apego seguro, reciben una buena crianza y no desarrollan ningún trastorno (Bergin y Garfield, 1994).

## **METODOLOGIA**

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, desde esta perspectiva, los fenómenos de estudio parten de un marco de referencia de una teoría establecida, así como de la formulación y verificación de hipótesis.

Este enfoque establece los lineamientos que debe seguir el proceso investigativo ya que este paradigma permite la medición y cuantificación de la información, por procedimientos estandarizados que luego se interpreta por medio de técnicas estadísticas (Cerdeña, 1994).

### **Tipo de estudio**

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de esta investigación es el de establecer las diferencias entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión, es conveniente realizar el análisis a través de un estudio descriptivo correlacional, el cual tiene como propósito describir los atributos de una población y la relación entre ellos sin establecer de forma directa relaciones causales, al igual que situaciones y eventos, es decir, como es y se manifiesta determinado fenómeno. (Hernández, Fernández, Baptista, 1997).

En primera instancia se identifican y describen las estrategias de afrontamiento cognitivas – comportamentales de los padres y posteriormente se establece la diferencia entre los grupos de padres.

## **Diseño**

La presente investigación es de carácter no experimental, la cual se realiza sin manipular deliberadamente variables, lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández et al; 1997). De igual forma esta investigación cuenta con un diseño de tipo transversal correlacional, ya que su centro de análisis se basa en la recolección de datos en un momento único y su propósito es el de describir variables y analizar la incidencia en un momento dado. Este diseño puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas (Hernández, et al; 1997).

## **Participantes**

### **Población**

La población con la cual se desarrolló el estudio estuvo conformada por los padres de familia de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto.

### **Muestra**

Debido a las características del estudio se trabajó con la totalidad de los padres de familia resultantes del muestreo por conveniencia, el cual se hace eligiendo los elementos que van a conformar la muestra, no de forma aleatoria, sino seleccionando aquellos que cumplan con determinadas características; es decir los padres de niños que presentan nivel alto de depresión y padres de niños que presentan nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM.

En este tipo de muestreo la representatividad la determina el investigador de forma subjetiva, no se puede cuantificar la representatividad de la muestra.

La muestra estuvo conformada por 40 padres de familia, 20 padres de niños que presentan nivel alto de depresión y 20 padres de niños con nivel bajo de depresión; con características sociodemográficas similares, en su mayoría madres de familia pertenecientes a un estrato entre 0, 1 y 2 con un nivel educativo de básica primaria, datos que se confirman en la carpeta escolar de cada uno de los niños.

De acuerdo a la contextualización y acercamiento a la comunidad se observó que los padres de familia cuentan con características sociodemográficas homogéneas, lo cual favoreció el proceso investigativo, sin embargo dentro de los objetivos no se contemplan estos factores, ni son relevantes para la interpretación de resultados.

#### **Técnicas e instrumentos de recolección de información.**

Para el desarrollo de este trabajo investigativo se utilizó dos instrumentos; el primero de ellos es la escala CDS (Cuestionario de Depresión para Niños); diseñada por M. Lang y M. Tisher y tiene como objetivo la evaluación global y específica de la depresión en los niños. El cuestionario CDS contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total depresivo y Total positivo, dentro de cada una de estas dimensiones, se agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias

subescalas. El cuestionario consta de 66 ítems y las opciones de respuesta se encuentran en una escala tipo Likert.

Dentro de este proceso investigativo, y por efectos del estudio se utilizó la versión adaptada de la escala, la cual fue estandarizada y validada en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto, proceso que fue llevado a cabo por C. Escobar y S. Paz, en el año 2005, quienes por efectos de su estudio dividieron la escala en dos rangos de edad, entre 8-9 y 10-14 años de edad (Anexo A y B).

De igual forma reagruparon los ítems en nuevas subescalas de la siguiente manera: a la dimensión negativa corresponden 31 ítems para los dos rangos de edad, divididos en cuatro subescalas: a) la subescala síntomas anímicos, que alude a las manifestaciones del estado de ánimo y los sentimientos del sujeto; b) la subescala motivacional-cognitivo, que evalúa sentimientos autopunitivos y cogniciones relacionadas con la enfermedad y la muerte, e inhibición cognitiva y conductual; c) la subescala autoestima, que mide los sentimientos, conceptos y actitudes del niño con relación a su propia estima y valor y d) la subescala interpersonal, que evalúa las interacciones sociales y los sentimientos de aislamiento y soledad del niño. A la dimensión positiva de la prueba corresponden 11 ítems para el rango de 8 y 9 años de edad y 17 para 10 a 14 años; esta dimensión evalúa la dificultad del sujeto para experimentar placer o diversión y se creó originalmente con el fin de disminuir la tendencia halo en las respuestas dadas por los sujetos.

Cada ítem se puntúa en una escala de 2 a 0 puntos en la dirección del rango a medir, desde No (en desacuerdo), SI/NO, y NO para los ítems positivos de la escala; con esta inversión en los positivos de la escala, se logra que todos los ítems apunten hacia el rasgo de la depresión. Al finalizar esta tarea, se suman los valores de todos los ítems para obtener la puntuación directa en depresión. Se determinaron tres niveles de depresión: a) Nivel bajo o ausencia de depresión, menos de 39 puntos; b) Nivel medio o depresión leve entre 40 y 59 puntos y c) Nivel alto o depresión clínica, 60 o más puntos (Escobar & Paz, 2005).

Esta escala se aplicó para identificar a niños con nivel alto de depresión y niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM Pasto.

El segundo instrumento que se aplicó dentro de este proceso investigativo, es la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), esta versión fue elaborada por Londoño et al; (2006), en la cual se realizaron modificaciones a la versión de Chorot y Sandín, 1986. Se realizaron análisis univariados a fin de describir las medidas de tendencia central y la variabilidad de las puntuaciones obtenidas por los participantes y análisis multivariados para analizar la confiabilidad y validez del instrumento. Se utilizó como muestra a estudiantes universitarios y personas laboralmente activas, en total la muestra estuvo conformada por 893 participantes, 399 (44.7%) mujeres y 494 (55.3%) hombres, entre 16 y 58 años de edad, el 82.6% eran solteros; el 14.9% casados o en convivencia; y el 2.5%



separados o viudos. Se realizó el análisis factorial exploratorio de la prueba, reagrupándose los ítems en 12 factores que representaron el 58% de la varianza. El alfa de Cronbach de la prueba definitiva fue de 0,847.

La Escala de Estrategias de Coping modificada (EEC-M), consta de 12 componentes, 1) Solución de problemas; 2) Apoyo social; 3) Espera; 4) Religión; 5) Evitación emocional; 6) Apoyo profesional; 7) Reacción agresiva; 8) Evitación cognitiva; 9) Reevaluación positiva; 10) Expresión de la dificultad de afrontamiento; 11) Negación y 12) Autonomía, al igual que está conformada por 69 ítems, con opciones de respuesta tipo likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde nunca hasta siempre. Los hallazgos de este estudio indican que la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), se adaptó consistentemente en una población adulta colombiana.

Esta escala se empleó con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión, a partir de aquí establecieron las diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada uno de los grupos ante diferentes eventos estresantes (Anexo C).

Para efectos de la investigación esta escala fue sometida a la revisión de un grupo de jueces, los cuales verificaron el lenguaje y la redacción de cada uno de los ítems, con el fin de determinar si la escala se podía aplicar según la versión de Londoño y cols, o por el contrario, si se hacía modificaciones.

El objetivo de este proceso fue lograr que la escala se adapte a las características de la población y que se logre una mayor comprensión de los enunciados (Anexo D).

## **Variables**

### **Definición de Variables de Estudio**

#### **Estrategias de afrontamiento.**

Son consideradas como el conjunto de esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus & Folkman, 1986).

#### **Estrategias de afrontamiento cognitivas.**

Son procesos de dominio general para el control del funcionamiento de las actividades, que permiten encontrar significado a un suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable.

**Evitación cognitiva.** A través del empleo de esta estrategia, se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad.

**Reevaluación positiva.** A través de esta estrategia se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar las problemáticas y a generar pensamientos que favorecen a enfrentar la situación.

**Negación.** Describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su

valoración. Con esta estrategia se busca comportarse como si el problema no existiera.

### **Estrategias de afrontamiento conductuales.**

Son conductas dirigidas a confrontar la realidad manejando sus consecuencias.

**Búsqueda de apoyo social.** Esta estrategia se refiere al apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés.

**Búsqueda de apoyo profesional.** Esta estrategia se describe como el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre alternativas para enfrentarlo.

**Reacción agresiva.** Hace referencia a la expulsión negativa de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado.

### **Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales**

**Solución de problemas.** Esta estrategia puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo.

**Espera.** Se define como una estrategia cognitivo-conductual, dado que se procede acorde con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola, con el pasar del tiempo.

**Religión.** El rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo.

**Evitación emocional.** Esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. El objetivo de esta estrategia es evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por las creencias de una desaprobación social si se expresa.

**Expresión de la dificultad de afrontamiento.** Describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema.

**Autonomía.** Hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones, sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

## **Hipótesis**

### **Hipótesis de trabajo**

Existen diferencias estadísticamente significativas al 0.05p entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto.

### **Hipótesis nula**

No existen diferencias estadísticamente significativas al 0.05p entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto.

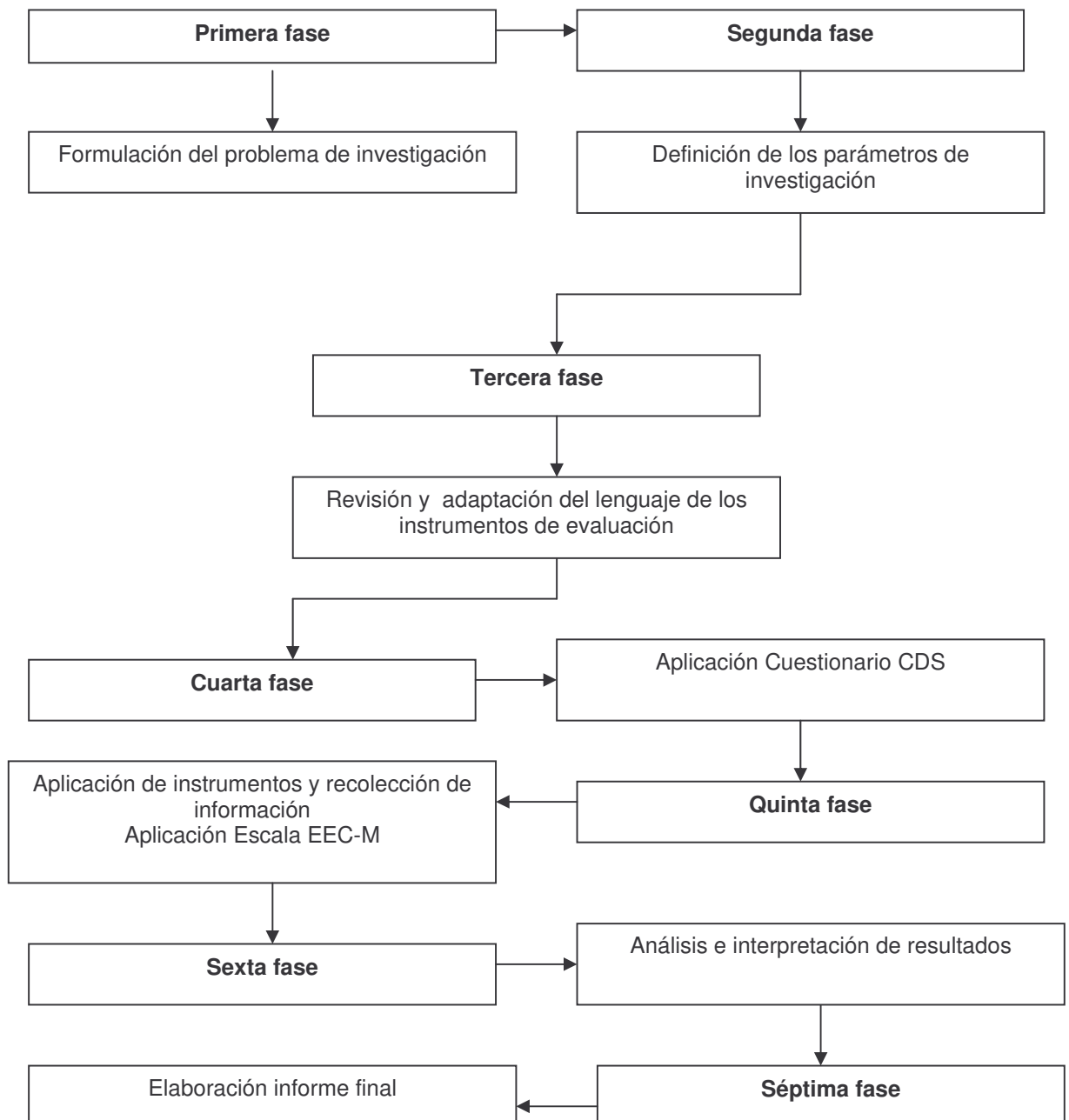
### **Plan de Análisis de Datos**

Los datos en primera instancia fueron evaluados a partir de una estadística descriptiva, no paramétrica utilizando la prueba Chi cuadrada ( $\chi^2$ ), la cual evalúa hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas sin considerar relaciones causales (Hernández et al; 1997).

El análisis de la información se realizó a través del programa estadístico Stat Graphics, programa orientado a la realización de análisis estadísticos aplicados a las ciencias sociales.

### Procedimiento

En la figura 1 y se presentan las diferentes fases que facilitaron el desarrollo del proceso investigativo.



**Figura N° 1.** Fases del proceso de investigación.

## **Descripción procedimiento**

### **Primera fase**

Esta fase corresponde al estudio y análisis de las diferentes ideas de investigación, que surgieron a partir de todo el proceso académico, y sobre todo del proceso de práctica profesional, el cual facilitó el acercamiento a la comunidad y a las diferentes problemáticas vivenciadas dentro de esta. A partir de un exhaustivo análisis se delimitó el problema de estudio, el cual orientará el proceso investigativo.

### **Segunda fase**

A partir de la delimitación y la definición del problema de estudio, se procede a la revisión de antecedentes investigativos y literarios relacionados con la temática a tratar, lo cual contribuyó a formar un panorama claro del problema y sobre todo contribuyó a la construcción del marco teórico y al establecimiento de los criterios metodológicos, los cuales se constituyen como guía principal dentro del proceso investigativo.

De igual forma dentro de esta fase se realizó una contextualización y acercamiento a la comunidad educativa a partir de cuestionarios y entrevistas con administrativos, docentes, orientadores escolares y padres de familia, permitiendo identificar la problemática existente en el grado quinto de primaria.

En esta fase también se determinó los criterios para la selección de la población, tomando como referencia el estudio realizado por Escobar y Paz (2005) sobre ansiedad y depresión en población escolarizada entre 8 y 14

años del municipio de Pasto, el cual demuestra que existe una alta prevalencia de altos niveles de depresión en niños entre los 10 y 14 años de edad en su mayoría cursando quinto grado de primaria; de igual forma este estudio demuestra que la población infantil perteneciente al estrato 0, 1 y 2 se encuentra con mayor vulnerabilidad a presentar niveles altos de depresión, estratos que en su mayoría conforman la población INEM.

### **Tercera fase**

Se eligió los instrumentos más adecuados, ya desarrollados y disponibles para recoger la información, los cuales se adaptan a los requerimientos de la investigación; el primero de ellos es el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), estandarizado y validado en población escolar en el Municipio de Pasto por C. Escobar y S. Paz (2005), el cual no requería cambios, ajustándose a los parámetros de la investigación.

El segundo instrumento que se utilizó fue la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), se realizó una revisión por jueces, los cuales verificaron el lenguaje y la redacción de cada uno de los ítems, el objetivo de este proceso fue el de determinar si la escala se podía aplicar según la versión de Londoño y cols, o por el contrario, si era necesario hacer modificaciones. Esta revisión ofreció una retroalimentación para mejorar la estructura y contenido del instrumento antes de ser aplicado a la población con la cual se trabajó, este proceso enriquece y fortalece aún más la investigación.



De acuerdo a la revisión y a las observaciones hechas por los jueces se realizaron modificaciones en el lenguaje, adaptando la escala a las características de la población, permitiendo que se logre una mayor comprensión de los enunciados. (Anexo E)

El grupo de jueces que revisó el lenguaje del instrumento estuvo conformado por tres psicólogos docentes de la Universidad de Nariño y un psicólogo egresado de la misma: Leonidas Ortiz, Carmen Alicia Martínez, Edwin Luna y Maria Fernanda Martínez.

#### **Cuarta fase**

Se realizó el contacto con la Institución Educativa Municipal INEM, por medio de cartas a la coordinadora de primaria, quien autorizó el uso del plantel para el desarrollo de la investigación, igualmente se tuvo en cuenta la autorización personalizada por los padres de familia.

En primer lugar se realizó la aplicación del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), esta aplicación se llevó a cabo en seis cursos del grado quinto de primaria, se aplicó a un total de 153 niños, entre las edades de 9 a 14 años. El objetivo de la aplicación de este instrumento fue, el de identificar a niños con nivel alto de depresión y a niños con nivel bajo de depresión, teniendo en cuenta las normas éticas para la investigación con niños, al igual que el consentimiento de los padres (Anexo F).

Para la aplicación de este instrumento, se tuvo en cuenta que ninguno de los niños estuviera diagnosticado con depresión u otro tipo de trastorno al

igual que se indago si alguno de los niños se encontraba dentro de un proceso psicoterapéutico.

### **Quinta fase**

A partir de la identificación de niños con nivel alto de depresión y con nivel bajo de depresión se aplicó el segundo instrumento, la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) a los padres de estos dos grupos, esta se llevó a cabo una semana después de aplicar el cuestionario CDS para niños, con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento que poseen en el momento de hacer frente a situaciones estresantes de forma general y no frente a la presencia o ausencia del trastorno en los niños.

Previamente a la aplicación se solicitó a los padres de familia que conformaron la muestra, un total de 40 padres, un consentimiento escrito para hacer parte de la investigación.

Dentro de este proceso se aplicó la escala a un solo padre de familia por niño, no se informó a los padres sobre el diagnóstico de sus hijos, ya que para llegar a un diagnóstico preciso no basta la aplicación de un instrumento; además el estudio no contempla intervenir de forma individual. Los casos identificados con nivel alto de depresión se remitieron a los psicólogos del INEM, a fin de completar la evaluación y de ser necesario avanzar en el tratamiento.

### **Sexta fase**

Esta fase correspondió a la calificación de las puntuaciones obtenidas en la aplicación de la escala EEC-M al igual que la consignación de los puntajes

en una base de datos, permitiendo la identificación y descripción de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por padres de niños con altos y bajos niveles de depresión, posteriormente estos datos fueron analizados a partir de una estadística descriptiva no paramétrica utilizando la prueba Chi cuadrada ( $\chi^2$ ), la cual evalúa hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, así como también la diferencia entre variables, sin considerar relaciones causales. La Chi cuadrada se calcula a través de una tabla de contingencias o tabulación cruzada, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdivide en dos o más categorías (Hernández et al; 1997).

El análisis de la información se realizó a través del programa estadístico Statgraphics, programa estadístico orientado a la realización de análisis de datos. Finalmente se procedió a establecer la diferencia entre las estrategias tanto cognitivas como conductuales entre ambos grupos, llegando así a la comprobación de hipótesis.

### **Séptima fase**

Elaboración y presentación del informe final.

## **PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

El análisis de la información se llevó a cabo teniendo en cuenta las siguientes etapas: a) descripción de los niveles de depresión infantil, b) descripción de las Estrategias de Afrontamiento c) identificación de las diferencias entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión.

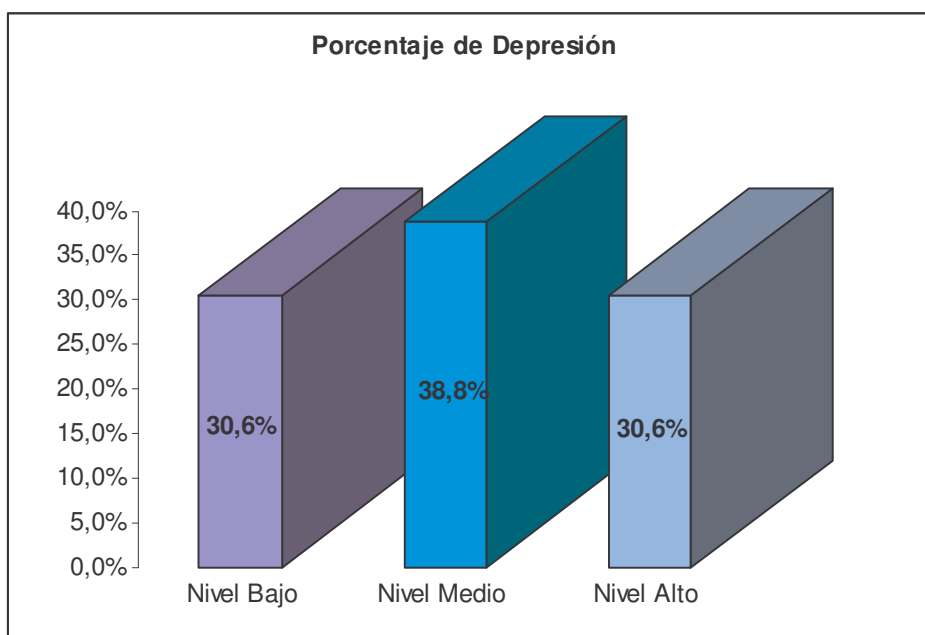
### **Descripción de los niveles de depresión**

El cuestionario de depresión infantil CDS se aplicó a un total de 153 niños de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto de las sedes 1 y 2, entre 9 y 14 años, posterior a la aplicación se calificó las puntuaciones obtenidas por cada niño.

El cuestionario se utilizó con el fin de identificar a niños con nivel alto de depresión y a niños con nivel bajo de depresión, permitiendo así, seleccionar la muestra de padres de familia, con la cual se desarrolló el proceso investigativo.

La figura 2 muestra la prevalencia de depresión en quinto grado de primaria, lo que nos indica que, un 30.6% de la población infantil a la que se le aplicó el cuestionario CDS, presenta un nivel bajo de depresión, es decir cuyas puntuaciones se encuentran a una desviación estándar o más por debajo de la media (menos de 39 puntos); el 38.8% se encuentra en un nivel medio de depresión, que se refiere a los sujetos cuyas puntuaciones se encuentran en el rango comprendido entre 40 y 59 puntos y el 30.6% de la

población se encuentra en un nivel alto de depresión, dentro del cual se ubican los sujetos cuyas puntuaciones se encuentran a una desviación estándar o más por encima de la media (60 o más puntos).



**Figura 2.** Porcentaje de depresión infantil

A partir de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario CDS se logró establecer la muestra de padres de familia, un total de 40 padres, 20 padres de niños con nivel alto de depresión y 20 padres de niños con nivel bajo de depresión.

Se trabajó con los dos niveles extremos que mide el cuestionario, nivel alto y nivel bajo, ya que lo que se pretendía era establecer la diferencia entre las estrategias de afrontamiento de padres de familia de los niños que se ubican en estos niveles.

Se excluyó a los padres de familia de niños que se encuentran en un

nivel medio de depresión ya que la diferencia entre las puntuaciones directas del nivel medio y nivel bajo fue mínima, al igual que se encuentran en un rango normal de acuerdo a los criterios de la prueba.

### **Descripción de las estrategias de afrontamiento**

La escala de Estrategias de Coping Modificada EEC-M, se aplicó a un total de 40 padres de familia, 20 padres de niños con nivel bajo de depresión y 20 padres de niños con nivel alto de depresión, posteriormente se calificó las puntuaciones obtenidas por cada padre, se ingresó los puntajes directos a una base de datos, para su respectiva sistematización.

Para efectos de la investigación se tuvo en cuenta tres variables de estudio, estrategias de afrontamiento cognitivas, dentro de las cuales se encuentran los siguientes factores: evitación cognitiva, reevaluación positiva y negación; estrategias de afrontamiento conductuales, dentro de las cuales se encuentran los factores búsqueda de apoyo social, búsqueda apoyo profesional y reacción agresiva; y estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales de la cual hacen parte los factores solución de problemas, espera, religión, evitación emocional, expresión de la dificultad de afrontamiento y autonomía.

El análisis de la información se llevó a cabo teniendo en cuenta el promedio, las medias y desviaciones estandarizadas para cada factor.

**Descripción de estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión**

**Tabla 2**

Resultados de estrategias de afrontamiento cognitivas de padres de niños con nivel alto de depresión

<b>Estrategias de afrontamiento cognitivas</b>	<b>Factor</b>	<b>Puntaje promedio</b>	<b>Frecuencia</b>
Evitación cognitiva	Factor 8	14.3	3
Reevaluación positiva	Factor 9	16.09	3
Negación	Factor 11	7.04	2

**Tabla 3**

Resultados de estrategias de afrontamiento conductuales de padres de niños con nivel alto de depresión

<b>Estrategias de afrontamiento conductuales</b>	<b>Factor</b>	<b>Puntaje promedio</b>	<b>Frecuencia</b>
Búsqueda de apoyo social	Factor 2	25.04	4
Búsqueda de apoyo profesional	Factor 6	8.85	2
Reacción agresiva	Factor 7	14.95	3

**Tabla 4**

Resultados de estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales de padres de niños con nivel alto de depresión

<b>Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales</b>		<b>Factor</b>	<b>Puntaje promedio</b>	<b>Frecuencia</b>
Solución de problemas	de	Factor 1	34.85	4
Espera		Factor 3	22.05	2
Religión		Factor 4	29.25	4
Evitación emocional		Factor 5	27.06	3
Expresión de la dificultad de afrontamiento	de la de	Factor 10	12.25	3
Autonomía		Factor 12	5.55	3

#### **Estrategias de afrontamiento cognitivas**

**Evitación cognitiva, Factor 8.** Los padres de niños con nivel alto de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 14,3 en esta estrategia, dicho puntaje se ubica en el percentil 35 con una frecuencia de 3, situando a este factor en el rango de los puntajes medios. Estos puntajes hacen referencia a que los padres de este grupo buscan a veces eliminar o neutralizar los

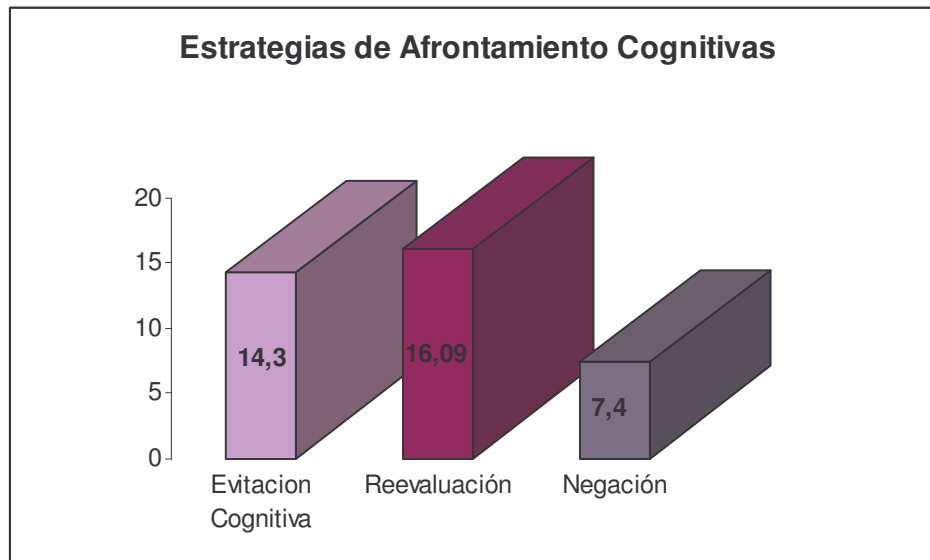


pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción y la actividad.

**Reevaluación positiva, Factor 9.** Los padres de niños con nivel alto de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 16,9 en esta estrategia, ubicándose en el percentil 35 con una frecuencia de 4, situando a este factor en el rango de los puntajes medios. Estos puntajes sugieren que los padres de este grupo frecuentemente buscan aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos de los problemas, tolerando y generando pensamientos que favorezcan la forma de vivir la situación, cambiando el significado de la misma.

**Negación, Factor 11.** En esta estrategia el grupo de padres de niños con nivel alto de depresión puntuó en promedio 7,4, puntaje que se ubica en el percentil 30 con una frecuencia de 2, datos que corresponden a los puntajes medios típicos para este factor, por lo cual se puede afirmar que los padres de este grupo casi nunca tratan de no pensar en el problema y de alejarse de manera temporal de las situaciones sociales, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

En la figura 6 se puede observar los datos sobre las estrategias de afrontamiento cognitivas más utilizadas por padres de niños con nivel alto de depresión, aquí encontramos que la estrategia de afrontamiento cognitiva más utilizada por este grupo es reevaluación positiva, con un promedio de 16.09.



**Figura 3.** Estrategias de afrontamiento cognitivas de padres de niños con nivel alto de depresión

### **Estrategias de afrontamiento conductuales**

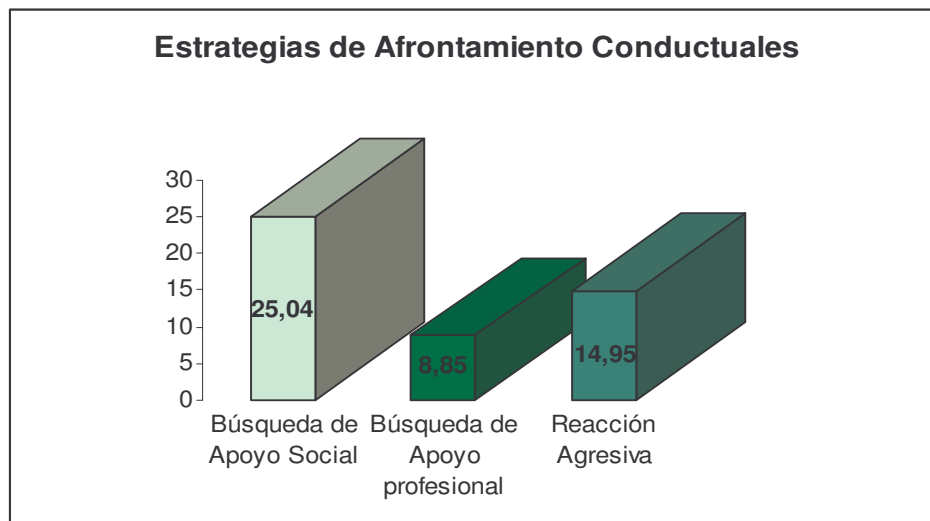
**Búsqueda de apoyo social, Factor 2.** Este factor cuenta con un puntaje promedio de 25,4, se sitúa en el percentil 60 con una frecuencia de 4, ubicando al factor entre los puntajes medios. De acuerdo a este resultado se puede decir que los padres de niños con nivel alto de depresión frecuentemente buscan apoyo de amigos, familiares u otras personas para tolerar o enfrentar las situaciones problemas.

**Búsqueda de apoyo profesional, Factor 6.** Los padres de niños con nivel alto de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 8,85 en este factor, ubicándose en el percentil 30 con una frecuencia de 2, por lo tanto se encuentra entre los valores medios típicos del factor. De acuerdo a esto se

puede decir que este grupo casi nunca emplean recursos profesionales para obtener información sobre el problema y las alternativas para enfrentarlo.

**Reacción agresiva, Factor 7.** Los sujetos pertenecientes a nivel alto de depresión, presentan en el factor 7 un puntaje promedio de 14,95 y un percentil 60 con una frecuencia de 3, con estos datos se puede afirmar que este grupo a veces expresa reacciones agresivas u hostiles dirigidas hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, ya que dicha reacción disminuye la carga emocional generada en un momento dado.

En la figura 7 se puede observar los datos sobre las estrategias de afrontamiento conductuales más utilizadas por padres de niños con alto nivel de depresión, aquí encontramos que la estrategia de afrontamiento cognitiva más utilizada por este grupo es búsqueda de apoyo social, con un promedio de 25.04.



**Figura 4 .** Estrategias de afrontamiento conductuales de padres de niños con nivel alto de depresión

### **Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales**

**Solución de problemas, Factor 1.** Los padres de niños con nivel alto de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 34,85 en este factor, dicho puntaje se ubica en el percentil 55 con una frecuencia de 4, situando a este factor en el rango de los puntajes medios. Este puntaje demuestra que este grupo frecuentemente analiza las alternativas para enfrentar el o los problemas, evaluando lo positivo, lo negativo y la viabilidad de cada una ellas, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo.

**Espera, Factor 3.** En este factor los padres de niños con niveles altos de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 22,05 este puntaje se localiza en el percentil 50 con una frecuencia de 2, lo que indica, que los sujetos de este grupo casi nunca esperan que los problemas se resuelvan por sí solos con el pasar del tiempo.

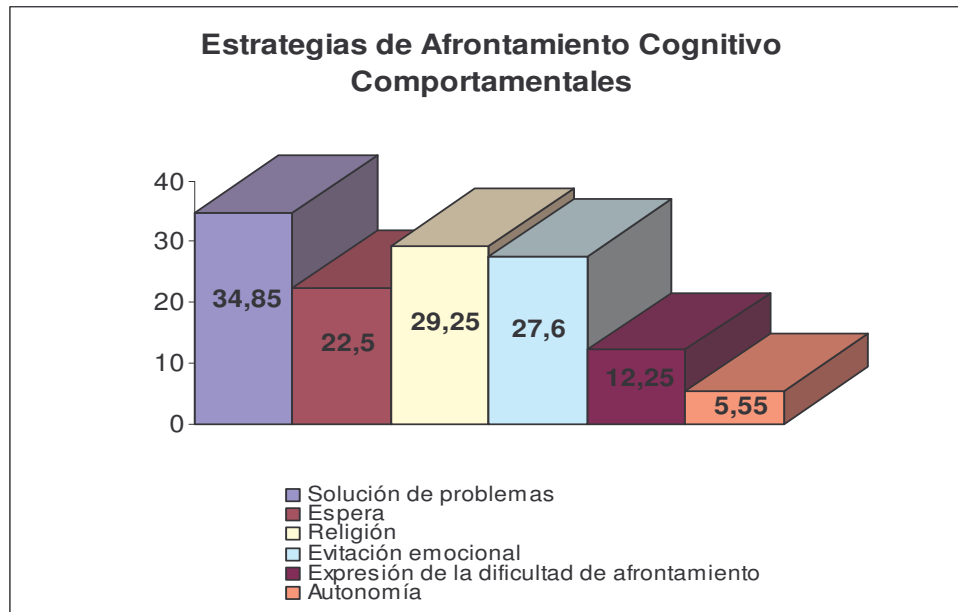
**Religión, Factor 4.** El puntaje promedio de los padres de niños con niveles altos de depresión fue de 29,25 y se ubica en el percentil 80 con una frecuencia de 4, lo que indica que los sujetos de este grupo frecuentemente usan el rezo y la oración para tolerar el problema o generar soluciones ante el mismo.

**Evitación emocional, Factor 5.** Los padres de niños con niveles altos de depresión puntuaron en promedio en este factor 27,6 ubicándose en el percentil 65 con una frecuencia de 3, esto quiere decir que en este grupo a veces se evitan las reacciones emocionales valoradas como negativas, o no las expresan frente a los demás por la creencia de una desaprobación social.

**Expresión de la dificultad de afrontamiento, Factor 10.** El puntaje promedio de los padres de niños con niveles altos de depresión fue de 12,25 y se ubica en el percentil 30 con una frecuencia de 3. Estos resultados demuestran este grupo a veces expresa las dificultades para afrontar y manifestar las emociones y resolver el problema.

**Autonomía, Factor 12.** En este factor los padres de niños con niveles altos de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 5,55 el cual se ubica en el percentil 30 con una frecuencia de 3, entre los valores medios típicos para este factor, indicando así que las personas que conforman este grupo a veces tienden a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

En la figura 8 se puede observar los datos sobre las estrategias de afrontamiento cognitivas conductuales más utilizadas por padres de niños con nivel alto de depresión, la estrategia de afrontamiento cognitiva más utilizada por este grupo es solución de problemas con un promedio de 34.85



**Figura 5.** Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales de padres de niños con nivel alto de depresión

Los datos obtenidos a partir del análisis estadístico permiten establecer que las estrategias de afrontamiento que tienen mayor prevalencia en el grupo de padres de niños con nivel alto de depresión son reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y solución de problemas; las estrategias de afrontamiento menos utilizadas son negación, reacción agresiva, espera y autonomía.

**Descripción de las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión**

En la tabla 2 se encuentran los resultados de las estrategias de afrontamiento de padres de niños con bajo nivel de depresión, tomando

como referencia el puntaje promedio, la frecuencia y la desviación estándar de cada factor.

**Tabla 5**

Resultados de estrategias de afrontamiento cognitivas de padres de niños con bajo nivel de depresión

<b>Estrategias de afrontamiento cognitivas</b>	<b>Factor</b>	<b>Puntaje promedio</b>	<b>Frecuencia</b>
Evitación cognitiva	Factor 8	15.3	3
Reevaluación positiva	Factor 9	19.65	4
Negación	Factor 11	6.0	2

**Tabla 6**

Resultados de estrategias de afrontamiento conductuales de padres de niños con nivel bajo de depresión

<b>Estrategias de afrontamiento conductuales</b>	<b>Factor</b>	<b>Puntaje promedio</b>	<b>Frecuencia</b>
Búsqueda de apoyo social	Factor 2	27.45	4
Búsqueda de apoyo profesional	Factor 6	14.5	3
Reacción agresiva	Factor 7	13.35	2

**Tabla 7**

Resultados de estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales de padres de niños con nivel bajo de depresión

<b>Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales</b>	<b>Factor</b>	<b>Puntaje promedio</b>	<b>frecuencia</b>
Solución de problemas	Factor 1	36.15	4
Espera	Factor 3	21.1	2
Religión	Factor 4	29.8	3
Evitación emocional	Factor 5	22.65	3
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Factor 10	12.5	3
autonomía	Factor 12	4.85	2

### **Estrategias de afrontamiento cognitivas**

**Evitación cognitiva, Factor 8.** Los padres de niños con bajo nivel de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 15.3 en esta estrategia, este puntaje se encuentra ubicado en el percentil 30 con una frecuencia de 3, situándose este en los puntajes medios de la escala. Este puntaje demuestra que este grupo a veces busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación. Con esta estrategia se busca comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera

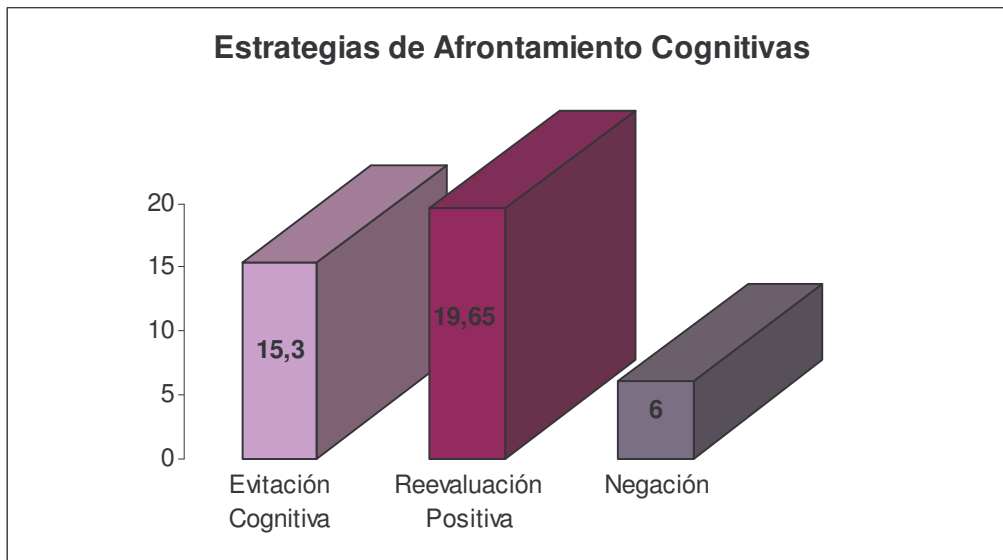


temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

**Reevaluación positiva, Factor 9.** De acuerdo a los resultados obtenidos, en este factor los padres de familia de niños con nivel bajo de depresión obtuvieron un puntaje promedio de de 19.65 ubicándose en un percentil de 55 y una frecuencia de 4, lo cual quiere decir que frecuentemente buscan aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema.

**Negación, Factor 11.** Con respecto a esta estrategia de afrontamiento el grupo de padres de niños con nivel bajo de depresión obtuvo un promedio de 6.0, ubicándose en el percentil 20, con una frecuencia de 2, lo cual quiere decir que casi nunca tratan de pensar en el problema y de alejarse de manera temporal de las situaciones sociales, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera.

En la figura 3 se puede observar los datos sobre las estrategias de afrontamiento cognitivas más utilizadas por padres de niños con nivel bajo de depresión, aquí encontramos que la estrategia de afrontamiento cognitiva más utilizada por este grupo es reevaluación positiva, con un promedio de 19.65.



**Figura 6.** Estrategias de afrontamiento cognitivas de padre de niños con nivel bajo de depresión.

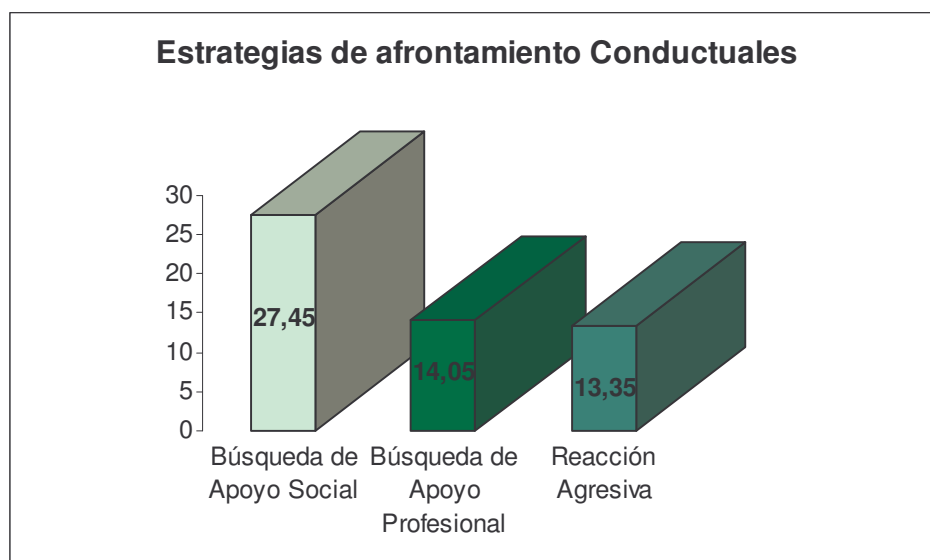
### **Estrategias de afrontamiento conductuales**

**Búsqueda de apoyo social, Factor 2.** El grupo padres de familia con nivel bajo de depresión obtuvo un promedio de 27.45 en esta estrategia de afrontamiento, se encuentra en el percentil 70 con una frecuencia de 4, lo cual significa que frecuentemente expresan la emoción y buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas.

**Búsqueda de apoyo profesional, Factor 6.** El promedio obtenido por los padres de familia de niños con bajos niveles de depresión en esta estrategia es de 14.5, ubicándose en un percentil de de 70 con una frecuencia de 3, de acuerdo a estos datos a veces buscan el recurso profesional para solucionar un problema o las consecuencias del mismo.

**Reacción agresiva, Factor 7.** Los resultados de los padres de niños con nivel bajo de depresión en esta estrategia indican que casi nunca hacen uso de esta, en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia si mismo o hacia los objetos, el promedio obtenido es de 13.35, ubicándose en un percentil de 55 y una frecuencia de 2 dentro del rango medio típico de la escala.

En la figura 4 se puede observar los datos sobre las estrategias de afrontamiento conductuales más utilizadas por padres de niños con bajo nivel de depresión, aquí encontramos que la estrategia de afrontamiento conductual más utilizada por este grupo es búsqueda de apoyo social, con un promedio de 27.45.



**Figura 7.** Estrategias de afrontamiento conductuales de padres de niños con nivel bajo de depresión

### **Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales**

**Solución de problemas, Factor 1.** Con respecto a esta estrategia el grupo de padres de niños con bajos niveles de depresión cuenta con un promedio de 36.15 y un percentil de 65 con una frecuencia de 4, ubicándose dentro del rango medio típico de la escala, esto quiere decir que este grupo frecuentemente analiza las alternativas para enfrentar el o los problemas, evaluando lo positivo, lo negativo y la viabilidad de este, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo.

**Espera, Factor 3.** Esta estrategia cuenta con un puntaje promedio de 21.1, se sitúa en un percentil 45 con una frecuencia de 2, lo cual quiere decir que casi nunca los padres de niños con nivel bajo de depresión buscan esperar que la situación se resuelva por si sola o con el pasar del tiempo.

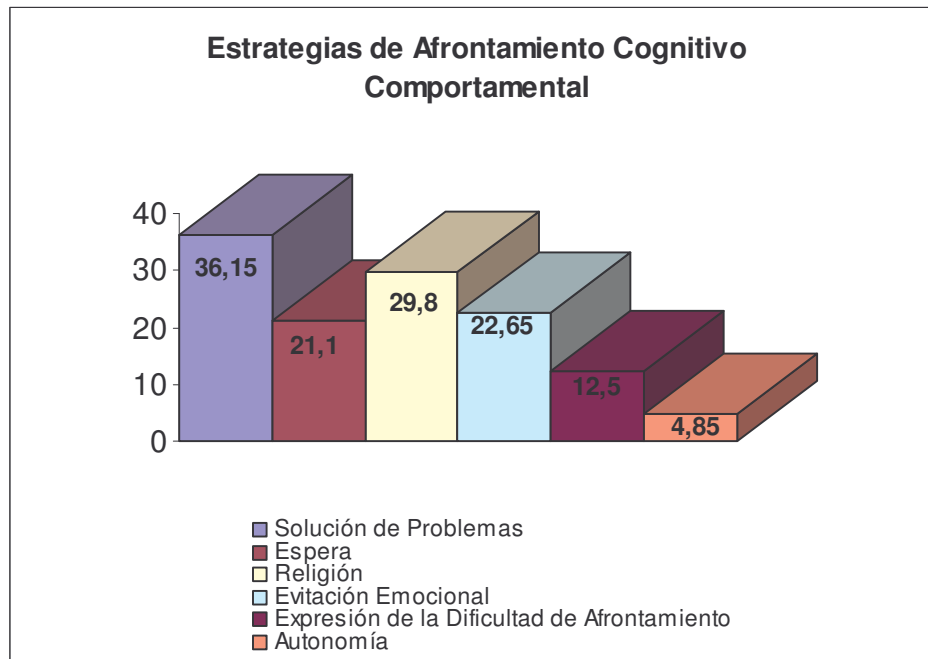
**Religión, Factor 4.** Los padres de niños con nivel bajo de depresión, puntaron un promedio de 29.8 en esta estrategia, ubicándose en un percentil de 80 con una frecuencia de 4, se puede decir que frecuentemente utilizan el rezo y la oración como una estrategia para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo.

**Evitación emocional, Factor 5.** Esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones, los padres de niños con nivel bajo de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 22.65 el cual se ubica en un percentil de 40 con una frecuencia de 3, lo cual quiere decir que a veces hacen uso de esta estrategia.

**Expresión de la dificultad de afrontamiento, Factor 10.** Con respecto a esta estrategia el grupo de padres con nivel bajo de depresión obtuvo un puntaje promedio de 12.05, localizándolo en el percentil 30 con una frecuencia de 3. Teniendo en cuenta estos resultados se puede asegurar que este grupo a veces expresa las dificultades para enfrentar las emociones ante el malestar producido por un problema.

**Autonomía, Factor 12.** Los padres de niños con nivel bajo de depresión obtuvieron un puntaje promedio de 4.85 en esta estrategia, este puntaje se encuentra ubicado en el percentil 20 con una frecuencia de 2, situándose este en los puntajes bajos de la escala, este puntaje demuestra que este grupo casi nunca responde ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas, tales como amigos, familiares o profesionales.

En la figura 5 se puede observar los datos sobre las estrategias de afrontamiento cognitivas conductuales más utilizadas por padres de niños con bajo nivel de depresión, aquí encontramos que la estrategia de afrontamiento cognitiva-conductual más utilizada por este grupo es solución de problemas, con un promedio de 36.15.



**Figura 8.** Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales de padres de niños con nivel bajo de depresión

Los datos obtenidos a partir del análisis estadístico permiten establecer que las estrategias de afrontamiento que tienen mayor prevalencia en el grupo de padres de niños con nivel bajo de depresión son búsqueda de apoyo social, solución de problemas y religión; la estrategias de afrontamiento menos utilizadas son negación búsqueda de apoyo profesional y espera.

**Diferencias estadísticas entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión**

A continuación se presenta la descripción de las diferencias estadísticas entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con altos y bajos niveles de depresión del grado quinto de primaria del INEM, se logró llegar a esta descripción a partir de la aplicación de la prueba Chi cuadrada para cada una de las estrategias de afrontamiento, la prueba estadística Chi Cuadrada, la cual no considera relaciones de causalidad. Esta prueba se calcula a través de tablas de contingencia o tabulaciones cruzadas con dos dimensiones, cada una de las cuales corresponde a una variable, la cual puede subdividirse en dos o más categorías.

Por tablas de contingencia se entiende aquellas tablas de doble entrada donde se realiza una clasificación de la muestra de acuerdo a un doble criterio de clasificación.

De acuerdo a los valores establecidos por la prueba estadística Chi Cuadrada se comprueba la hipótesis de trabajo, si el P-valor es igual o menor a 0,05, se rechaza la hipótesis de trabajo y se comprueba la hipótesis nula si el P-valor es superior a 0,05

**Tabla 8**P- valor de estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento cognitivas		
	Factor	P- valor
Evitación cognitiva	8	0.56
Reevaluación positiva	9	0.24
Negación	11	0.44
Estrategias de afrontamiento conductuales		
Búsqueda de apoyo social	2	0.7
Búsqueda de apoyo profesional	6	0.09
Reacción agresiva	7	0.78
Estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales		
Solución de problemas	1	0.19
Espera	3	0.3
Religión	4	0.57
Evitación emocional	5	0.13
Expresión de la dificultad de afrontamiento	10	0.12
Autonomía	12	0.71

Nota: los P-valores inferiores a 0.05 indican una diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con altos y bajos niveles de depresión.



De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión ya que en ningún factor el P- valor es inferior a 0.05, por lo cual se comprueba la hipótesis nula.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

El presente estudio identifica las diferencias entre estrategias de afrontamiento utilizadas por padres de niños con nivel alto de depresión y estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria de la Institución Educativa Municipal INEM-Pasto. Dentro del proceso investigativo se tuvo en cuenta diferentes fases, las cuales comprenden desde el acercamiento a la comunidad hasta la utilización de instrumentos para la recolección de información como el cuestionario de depresión infantil CDS, a partir del cual se obtuvo un índice de prevalencia de depresión de los niños de quinto grado. El segundo instrumento empleado fue la escala de estrategias de Coping modificada, la cual permitió identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de familia de niños de este grado escolar, para así finalmente establecer si existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión, a través de la prueba estadística Chi cuadrada.

Los porcentajes de prevalencia de depresión indican que el 30.6 % del total de la población de quinto grado de primaria del INEM presenta nivel alto de depresión y el 30.6% de la población presenta nivel bajo de depresión, indicando que los índices de depresión dentro de la institución son elevados, es importante tener en cuenta que estos datos hacen referencia a un solo grado escolar. Por esta razón se hace necesario entender que la depresión

infantil, no es un fenómeno de poca relevancia, aislado, sino un aspecto significativo en la historia de cada sujeto, su familia y en la sociedad en general. Dicho fenómeno puede entenderse según Pessah, (1999) en la dinámica del entorno familiar, considerando que los miembros de una familia deben afrontar muchas exigencias durante la extensión de su ciclo vital, exigencias que varían en intensidad, frecuencia y tipo de demandas, esto dificulta las tareas de ajuste y resolución de problemas, generando problemáticas de salud mental como la depresión.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que la estrategia de afrontamiento cognitiva más utilizada por padres de niños con nivel alto de depresión y padres de niños con nivel bajo de depresión es reevaluación positiva, el primer grupo con un promedio de utilización de la estrategia de 16.09 y el segundo grupo con un promedio de 19.65; lo cual quiere decir que los padres se enfocan en crear un nuevo significado de la situación problema intentado sacar aspectos positivos de la misma, buscando aprender de las dificultades.

Esta estrategia es considerada por Lazarus y Folkman, (1987 citado por Londoño et al. 2006), como un modo de afrontamiento dirigido tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede afirmar que los padres de familia de niños de quinto grado del INEM utilizan una estrategia cognitiva adaptativa, ya que favorece la salud mental y la calidad de vida de las

personas, puesto que al emplearla intentan disminuir los efectos generados por el estrés o la situación problema tratando de minimizar o anular el efecto negativo, con la intención de modificar el propio punto de vista sobre la situación estresante, para así evaluar el problema con un enfoque más positivo.

Por otra parte la estrategia de afrontamiento conductual más utilizada por ambos grupos de padres de familia de quinto grado de primaria es búsqueda de apoyo social, los padres de niños con nivel alto de depresión tienen un promedio de 25.04 y los padres de niños con nivel bajo de depresión tienen un promedio de 27.45 en esta estrategia; la cual se refiere a la búsqueda de apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés. (Bowlby, 1980; Lazarus y Folkman, 1987 citado por Londoño et al. 2006).

La utilización de esta estrategia le permite al padre de familia interactuar con otros y aprender de la experiencia de estos, así como también conocer sobre la problemática vivenciada y obtener otros puntos de vista respecto a la misma, puntos de vista que pueden mediar su respuesta frente a la situación estresante, ya que el hallarse integrado en una estructura social es esencial para que el individuo pueda sentirse bien con respecto a sí mismo y a su vida. Además, el apoyo social actúa como freno inmediato del estrés y

de sus consecuencias somáticas destructivas (Bowlby, 1980; Lazarus y Folkman, 1987 citado por Londoño et al. 2006).

El apoyo social puede ser útil para prevenir el estrés, al hacer que las experiencias dañinas o amenazantes lo parezcan menos, o bien proporcionan recursos valiosos para su afrontamiento una vez que el estrés ha aparecido eliminando o reduciendo el propio estresor, ayudando al sujeto a afrontar la situación estresora y/o atenuando la experiencia de estrés si ésta ya se ha producido (Lazarus y Folkman, 1987 citado por Londoño et al. 2006). La integración en redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, experiencias de control, experiencias de afecto, desarrollo personal, empleo del sistema sanitario, y, en definitiva, mejora de la salud física y mental (Buendía, 1993, citado por Londoño et al., 2006).

Al utilizar con frecuencia esta estrategia de afrontamiento se fortalece en los padres de familia la conformación de redes sociales con parientes, amigos, vecinos y otros padres que atraviesen situaciones similares y encontrar en ellos fuentes de apoyo, sostén y ayuda obteniendo así información, retroalimentación y adaptación a la realidad.

La búsqueda de apoyo social es una estrategia de afrontamiento frecuente que trata de modificar un estado de ánimo negativo, asociándose generalmente a descargar emociones (Campos, Iraurgi, Paez y Velasco, 2004).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales se puede decir que en los dos grupos de padres de familia de quinto grado del

INEM, la estrategia cognitivo conductual más utilizada es solución de problemas, con un promedio de 34.85 para los padres de niños con nivel alto de depresión y un promedio de 36.15 para los padres de niños con nivel bajo de depresión, esta estrategia se refiere al análisis de las alternativas para enfrentar el o los problemas, evaluando lo positivo, lo negativo y la viabilidad de este, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo.

Esta estrategia cognitivo conductual le facilita al padre de familia identificar soluciones adaptativas para los problemas encontrados en la cotidianidad, la cual permite hacer uso de sus recursos y potencializar sus habilidades, al definir y formular el problema en términos claros y comprensibles, al igual que valorando los aspectos positivos y negativos de las posibles soluciones, consecuencias e implicaciones de los diferentes eventos estresantes.

De igual forma en esta estrategia el individuo debe establecer una secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. El uso de esta estrategia implica la movilización de estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema (Fernández-Abascal y Palmero, 1999 citado por Londoño et al. 2006).

El estudio realizado por Nezu, Nezu, Saraydarian, Kalmar y Ronan, citado por Vasquez, (2002) demuestra la importancia de esta estrategia de afrontamiento, ya que afirma que existe una relación entre el déficit en esta

habilidad y la adquisición de depresión, razón por la cual se hace necesario fortalecer y promover en los padres de familia conductas y cogniciones dirigidas a resolver el problema de forma adaptativa, teniendo en cuenta que el padre de familia se constituye como modelo y guía esencial dentro del proceso de aprendizaje y desarrollo del niño.

Otra estrategia de afrontamiento cognitivo conductual usada frecuentemente por los padres de familia de niños con nivel bajo de depresión es religión, con un promedio de utilización de 29.8, dicha estrategia está encaminada a tolerar el problema y a generar soluciones ante el mismo a través del rezo y la oración. La creencia en un Dios paternalista permite la evaluación de su intervención por parte del individuo en prácticamente todas las situaciones estresantes, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad (Lazarus y Folkman, 1986 citado por Londoño et al. 2006).

De acuerdo a los resultados obtenidos y lo mencionado anteriormente se identifica que los padres de familia recurren a la oración, las creencias y rituales religiosos con el propósito de disminuir el malestar generado por los sucesos estresantes y de esta forma facilitar la resolución del problema, es decir esta estrategia influye sobre la actividad de afrontamiento.

En este sentido para Levin y Charters (1998) los estados positivos que surgen a partir de las prácticas religiosas son importantes para la salud mental y física contribuyendo no solo a disminuir el estrés sino a prevenirlo, ya que orienta cogniciones y modos de afrontamiento.

En conclusión la presente investigación permite determinar que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de familia, están centradas en el problema, es decir, dirigen los esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales a resolver, manejar o alterar el problema que esta causando el estrés. Esta forma de afrontamiento generalmente aparece cuando las condiciones son evaluadas como susceptibles de ser modificadas (Lazarus y Folkman, 1986).

De acuerdo a estos resultados, los padres de familia de quinto grado de primaria del INEM utilizan con mayor frecuencia estrategias adaptativas como reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y solución de problemas lo cual facilita el afrontamiento de diferentes eventos estresantes.

Estas estrategias de afrontamiento pueden considerarse como factores protectores las cuales deben ser tomadas en cuenta en un proceso de promoción y prevención de la salud mental dentro de la institución.

De igual forma la investigación permite identificar las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por parte de los padres de familia de niños con nivel alto y bajo de depresión, estas son: Negación, búsqueda de apoyo profesional y autonomía.

Con referencia a la estrategia de afrontamiento cognitiva, negación, Marks, (1987) afirma que esta estrategia no es efectiva ya que el individuo deja de desarrollar un afrontamiento apropiado, lo cual indica que la poca utilización de esta estrategia es favorable para los padres de familia, permitiendo un mejor manejo de la situación estresante. A partir de la



investigación se puede evidenciar que los padres de familia en pocas ocasiones buscan apoyo profesional para obtener información sobre diferentes problemas y sobre las alternativas para enfrentarlos, de acuerdo a esto se puede decir que intentan resolver el problema por si solos o recurren a la búsqueda de apoyo en familiares y amigos, lo que a su vez es favorable puesto que el apoyo social es considerado por Vásquez, Crespo y Ring (1996), como uno de los mecanismos más eficaces para afrontar situaciones difíciles.

Otra estrategia de afrontamiento utilizada con menor frecuencia por los padres de familia es autonomía, demostrando así que para los padres es de gran importancia contar con el apoyo de personas cercanas para hacer frente a los diferentes eventos estresantes, lo que le da soporte a la elevada frecuencia con que utilizan la estrategia de afrontamiento búsqueda apoyo social.

En cuanto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba estadística Chi cuadrada se puede decir que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto de depresión y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel bajo de depresión de quinto grado de primaria del INEM-Pasto, ya que en ninguna estrategia de afrontamiento el P valor es inferior a 0.05, lo que demuestra que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo.

Estos datos permiten determinar que, los padres de familia de niños con

altos y bajos niveles de depresión de quinto grado de primaria del INEM emplean estrategias de afrontamiento similares para afrontar los diferentes eventos estresantes, esto posiblemente se debe a que los padres de familia pertenecen a un mismo contexto sociocultural, compartiendo características sociodemográficas parecidas en donde no existen diferencias marcadas en el nivel educativo, estrato, situación laboral, entre otros; esto se sustenta por lo planteado por Moos, (1977) quien afirma que la conducta ocurre en contextos específicos los cuales pueden imponer restricciones en un rango de posibles conductas y determinados aspectos particulares en los patrones de acción individual, se ha demostrado que pueden ocurrir cambios importantes en la conducta en los mismos individuos cuando están en diferentes medios.

Sin embargo las características sociodemográficas a las cuales pertenece la población objeto de estudio no son determinantes dentro de este proceso investigativo, ni se indagan a profundidad dentro del mismo, no se realizó un control sobre estas variables, ni se hizo una comparación entre los grupos, es importante aclarar que las estrategias pueden ser puestas en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen por qué ser entendidas propiamente como estresantes, sino como aquellas formas en que el individuo hace frente a situaciones que le requieren movilización de esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, en el intento de reducir o eliminar la experiencia de estrés (Sandín, 1989, citado por Arjona y Guerrero, 2001).

De igual forma se podría considerar que la similitud en el uso de las

estrategias de afrontamiento por parte de ambos grupos de padres, puede ser debido al desconocimiento de los niveles de depresión en sus hijos, lo que hace que no lo perciban como un evento estresante, ya que un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal (Vásquez, et al. 1996).

Teniendo en cuenta que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento de los padres de niños de quinto grado de primaria del INEM, no se logra establecer lineamientos conceptuales que contribuyan a la creación de una propuesta de intervención basada en las diferencias entre estrategias de afrontamiento de padres de niños con nivel alto y bajo de depresión, ya que estos lineamientos se planteaban en función de los hallazgos de la investigación, sin embargo este trabajo contribuye a aportar elementos de promoción y prevención a partir de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de familia, tomándolas principalmente como factores protectores de la salud mental, estos recursos contribuyen al crecimiento y desarrollo saludable, en la medida que protegen a cada persona de forma individual y familiar, permitiendo afrontar las situaciones de riesgo que se le presenten.

La familia es un factor relevante en la adquisición de depresión, así como ésta, es considerada un factor de riesgo, también es un factor protector, ya que es la encargada de fomentar en el niño las expectativas a futuro, facilita la pertenencia a grupos, genera un adecuado desarrollo moral e influye en el desarrollo de autoconcepto y autoestima, moldeando así muchas de la

principales conductas que mantienen a los individuos sanos (Holguín, Larraguivel y Cabezas, 2004).

Los factores de riesgo están presentes en la vida del individuo, pero simultáneamente se presentan mecanismos protectores, como las estrategias de afrontamiento, las cuales pueden contribuir a revertir el efecto de los eventos estresantes. La identificación de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por padres de niños con altos y bajos niveles de depresión contribuye al diseño de proyectos o intervenciones de promoción de estas estrategias, así como también permite fomentar la utilización de las estrategias utilizadas con menor frecuencia a fin de proteger el desarrollo de las familias y de cada uno de sus miembros, dándoles un lugar activo en la búsqueda de propios recursos, capacidades y fortalezas.

## **RECOMENDACIONES**

Este trabajo investigativo se constituye como un primer aporte para entender a las familias que hacen parte de la comunidad INEM, sin embargo es necesario ampliar el conocimiento sobre las dinámicas de estas familias, para avanzar a un siguiente paso, que sería el de diseñar y aplicar programas preventivos y de intervención.

Igualmente este estudio permitió identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de familia de quinto grado de primaria; sin embargo sería importante indagar sobre cuáles estrategias son las más efectivas en el proceso de afrontamiento.

La gravedad o existencia de un trastorno no explica de forma exclusiva la presencia de estrés en la familia, es importante que para futuras investigaciones se tomen en cuenta otros factores, como lo son los moderadores del estrés y variables sociodemográficas, ya que pueden ser otros aspectos los que incidan en la adquisición del estrés familiar.

De igual forma sería importante identificar las reacciones específicas de los padres de familia, al estrés provocado por el diagnóstico.

Se recomienda ampliar la muestra para determinar si efectivamente no existen diferencias estadísticamente significativas.

Partiendo de los resultados obtenidos, se puede decir que dentro de la Institución Educativa Municipal INEM existe una alta prevalencia de depresión el grado quinto de primaria, por lo cual se recomienda a la

institución, llevar a cabo un seguimiento y tratamiento psicológico a los casos identificados.

Igualmente importante es llevar a cabo programas de capacitación e información a alumnos, padres, docentes y comunidad educativa en general, sobre el trastorno depresivo y sus implicaciones, así como también promover las capacidades y habilidades que las personas tienen para hacerle frente.

Se recomienda a la Institución Educativa Municipal INEM, que apoye iniciativas efectivas y eficaces para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales dentro de la institución, teniendo en cuenta técnicas cognitivas y conductuales que faciliten el aprendizaje de estrategias de afrontamiento.

Es necesario que dentro de la Institución se vincule a los padres de forma más activa en los programas desarrollados dentro de esta.

Esta investigación genera preguntas y sugerencias que abren las puertas a futuros estudios en psicología interesados en diseñar planes de intervención con padres de familia, en los cuales se les oriente y acompañe activamente acerca de las formas más efectivas de afrontar eventos y situaciones estresantes para ellos y para sus hijos.

Es importante continuar con esta línea de investigación incluyendo variables como edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico, estableciendo comparaciones lo cual fortalecería la investigación.

Finalmente es importante generar programas que contribuyan a disminuir niveles de depresión a través del desarrollo de estrategias de afrontamiento

con el fin de que las personas logren desarrollar pensamientos, emociones y conductas más adaptativas.

## REFERENCIAS

American Psychological Association (1994). Publication Manual of the American Psychological Association (4<sup>a</sup>. Ed.) Washington, DC: Autor.

Arjona, J y Guerrero, S. (2001). Un estudio sobre los etilos y las estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación. [En red]. Disponible en: <http://portalsaludmental.com/index.php?name=News&file=article&sid=75&theme=Printer>

Beck. A. (2001). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

Belloch, A. Sandín, B y Ramos, F. (1998). Manual de Psicopatología Vol.2. Madrid, España: McGrawHill.

Bergin, E and Garfield, S. (1994). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John wiley y sons.

Bravo, A y Erazo, X. (2005). Relaciones entre situaciones estresantes, evaluación cognitiva primaria y secundaria, afrontamiento y respuestas evolucionales y fisiológicas presentes en el personal de enfermería del Hospital Departamental de Nariño ESE. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Pasto.

Cabrera, L. (1996). Depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote. Revista Universita Psychologica.



Calderón, G. (1984). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Campos, M, Iraurgi, J, Páez, D y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes, un meta-análisis de trece estudios. Boletín de psicología No 82

Cano, E. Quiceno, J. Vinaccia, S. Gaviria, A. Tobon, S. Y Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. Revista universitas psychologica.

Casado, F. (Sin dato). Modelo de afrontamiento como marco de comprensión de los trastornos de ansiedad. [En red]. Disponible en: <http://portalsaludmental.com/index.php?name=News&file=article&sid=75&theme=Printer>

Castillo, J. (2002). Indefensión aprendida: depresión. [En red]. Disponible en: <http://www.comentariosdelibros.com/psicologia/trabajos/depresion.htm>

Cerda, H. (1994). La investigación total la unidad metodología en la investigación científica. Bogotá, Colombia: Cooperativa editorial magisterio.

Cobo, C. (1992). La depresión infantil del nacimiento a la adolescencia. Bogotá, Colombia: Temas de hoy.

Della Mora, M. (Sin dato). Estrategias de afrontamiento en mujeres embarazadas de la ciudad de Buenos Aires. [En red]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-68-1-estrategias-de-afrontamiento-en-adolescentes-embarazadas-de-.htmlç>. [2007, Febrero 14].

Escobar, C y Paz, S. (2005). Ansiedad, depresión y su relación en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto.

Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Pasto.

Figueras, A. (Sin dato). Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. [En red]. Disponible en: [http://www.biopsicologia.net/fichas/page\\_4599.html](http://www.biopsicologia.net/fichas/page_4599.html). [2007, Junio 10]

Frances, A. (1999). DSM-IV estudio de casos, guía clínica para el desarrollo diferencial. Barcelona, España: Masson,S.A.

Gallardo, J. (2007). Psicopedagogía y lúdica como tratamiento de las dificultades de aprendizaje de lectura y escritura de niños y niñas de tercer grado de básica primaria de la Institución Educativa Municipal Mariano Ospina Rodríguez, INEM Pasto sede 1. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Pasto.

García, J. (2000). Depresión, tratamiento cognitivo conductual. [En red]. Disponible en: [www.cop.es/colegiados/m-00451/DEPRE.html](http://www.cop.es/colegiados/m-00451/DEPRE.html). [2007, Marzo 10]

Gómez, C. Hernández, G. Rojas, A. Santacruz, H. y Uribe, M. (2002). Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Bogota, Colombia: Centro editorial Javeriano.

Gonzales, a y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. [En red]. Revista universitas psicologica.

Guerrero, P. (2000). La depresión también puede ser infantil. Revista padres y maestros No 255.

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (1997). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Holguín, C. Larraguivel, M y Cabezas, J. (2004). Factores de riesgo y protectores en salud mental en niños. Revista Chilena de pediatría. Vol. 75 No 5

Kosterman, R and Hawkins. (2000). The development of empathy guild and internalization of distress depression and emotion. New York: oxford press

Lang,M y Tisher, M. (1997). Cuestionario de depresión para niños. Madrid, España: TEA. S.A.

Lara, H. (2005). Depresión infantil. [En red]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm95/editorial.html>. [2007, Febrero 14].

Lazarus, R. Y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S. A.

Levin, J y Charters, T. (1998). Religión y salud mental. Nueva York: Guilford Press

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. [En red].

Disponible en: [http://www.inprf-cd.org.mx/revista\\_sm/index.html](http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/index.html). [2007, Septiembre 6].

Mann de Dayán, S. (Sin dato). Depresión en la niñez. [En red].  
Disponible en: <http://www.cerebritito.com/depresion.htm>. [2007, Abril 7].

Mantilla, F. Sabalza, L. Díaz, L y Campos, A. (2004). Depresión.  
Revista Colombiana de Psiquiatría Vol. 33 No2

Marks, M. (1987). Miedos, fobias y rituales. Barcelona: Martínez Roca, S. A.

Matute, M. (2004). razonamiento y comportamiento moral. . [En red].  
Disponible en:  
[http://www.cibernetia.com/tesis\\_es/psicologia/psicopedagogia/procesos\\_cognitivos/1](http://www.cibernetia.com/tesis_es/psicologia/psicopedagogia/procesos_cognitivos/1)

Ministerio de Protección Social (2003). Estudio nacional de salud mental.  
[En red]. Disponible en: [www.minproteccion.gov.co](http://www.minproteccion.gov.co). [2007, Febrero 14].

Montes, C. (Sin dato). Trastorno depresivo en la infancia. [En red].  
Disponible en:  
<http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Psiquiatria/ArchivosPDF/psiquiatria.pdf>. [2007, Marzo 21].

Montoya, J. Tamayo, O y Vélez, A. (1985). Ayer y hoy de la familia.  
Medellín, Colombia: Centro editorial de investigaciones sociales.

Moos, R. (1977). Coping with physical illness. New York: Penum

National Institute of Mental Health (NIMH). (2001) facts about anxiety disorders. [En red]. Disponible en: [http:// www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov). [2006, Diciembre 6]

Nezu, A. Nezu, C. Saraydarian, L. Kalmar, K y Ronan, G. (1986). Manual de tecnicas de terapia y modificacion de conducta. Madrid, España: Siglo 21

Nolen-Hoeksema, S. (1999). Sex differences in depression. California: standford University Press

Papalia, D. Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). Desarrollo humano, octava edición. Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill

Pessah, E. (1999). Desarrollo familiar, estrés familiar y su afrontamiento como factores que influyen en el uso de servicios de rehabilitación en familias de niños con parálisis cerebral del instituto nacional de rehabilitación, Perú. [En red]. Disponible en: [www.cop.es/colegiados](http://www.cop.es/colegiados) [2007, Abril 9].

Phares, J. (1999). Psicología clínica: conceptos métodos y practicas. Mexico DF: Manual moderno

Posada, J. (2004). Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias y el estado de ánimo. [En red]. Disponible en: <http://findarticles.com/p/search?tb=art&qt=%22Jos%C3%A9+A.+Posada-Villa%22>. [2007, Mayo 16].

Roca, E. (Sin dato). Depresión. [En red]. Disponible en: [www.cop.es/colegiados](http://www.cop.es/colegiados). [2007, Marzo 28].

Royo, J. (Sin dato). Trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia. [En red]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple8a.html>. [2007, Abril 28].

Ruano, P y Serra, E (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. Revista electrónica anaes de psicología Vol. 16 No2

Rueda, F y Aguado, F (2003). Modelo de afrontamiento de Lazarus. [En red]. Disponible en: <http://www.carm.es/knosys/Scripts/know3.exe/knosys/DOC-CDSS/texto.htm?NDoc=7630&Consulta=.EN+FOCO+++Estudios&Pos=196>

Sue, D. Sue, D. y Sue, S. (1996). Comportamiento anormal. México: McGrawhill.

Vásquez, C. Crespo, M. y Ring, J (1996). Estrategias de afrontamiento En red]. Disponible en: : [www.cop.es/colegiados](http://www.cop.es/colegiados)

## **ANEXOS**

**ANEXO A**  
**CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS (CDS) DE 10 A 14 AÑOS**

**Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_

**Curso:** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Solo tú puedes decirnos como sientes y piensas respecto a ti mismo. Después de leer cada oración pregúntate ¿así soy yo?, si eres así encierra en un circulo **SI**, si no es así marca **NO**, y si es a veces marca **SI/NO**.

	<b>SI</b>	<b>SI/NO</b>	<b>NO</b>
Me siento contento la mayor parte del tiempo			
Muchas veces me siento triste en el colegio			
Muchas veces creo que valgo poco			
Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres			
Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago			
Siempre creo que el día de mañana será mejor			
Me siento solo muchas veces			
Muchas veces me siento mal conmigo mismo			
Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco			



Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien			
Siempre quiero hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio			
En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar			
Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro			
Me agrada mi apariencia física y lo que hago			
La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada			
A veces me da miedo que lo que hago pueda enojar a mis padres			
Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando			
En mi familia nos divertimos mucho juntos			
Me divierto con las cosas que hago			
Frecuentemente me siento triste			
Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio			
Muchas veces me siento mal conmigo mismo			
Muchas veces pienso que merezco ser castigado			

Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio			
Casi siempre la paso bien en el colegio			
A veces pienso que no vale la pena vivir			
La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende			
A veces siento vergüenza de mi mismo			
A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres			
Creo que mis padres están muy orgullosos de mi			
Soy una persona muy feliz			
Nadie sabe lo triste que me siento por dentro			
A veces creo que soy una persona muy mala			
Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo			
Creo que no merezco que los demás me quieran			
A veces sueño que tengo un accidente o me muero			
A veces me dan ganas de llorar, sin saber por qué			
A veces pienso que soy útil para los demás			

Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada			
A veces me imagino que me hago heridas o que me muero			
A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres			
Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero			
Duermo bien durante toda la noche			
Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer			
Creo que no soy tan bueno como quisiera ser			
Pienso que voy a hacer alguien importante en la vida			
Tengo muchos amigos			
Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi			

**ANEXO B**  
**CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS (CDS) DE 8 Y 9 AÑOS**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Solo tú puedes decirnos como sientes y piensas respecto a ti mismo. Después de leer cada oración pregúntate ¿así soy yo?, si eres así encierra en un circulo **SI**, si no es así marca **NO**, y si es a veces marca **SI/NO**.

	<b>SI</b>	<b>SI/NO</b>	<b>NO</b>
Muchas veces me siento triste en el colegio			
Muchas veces creo que valgo poco			
Pienso muchas veces que hago quedar mal a mis padres			
Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago			
Siempre creo que el día de mañana será mejor			
Me siento solo muchas veces			
Muchas veces me siento mal conmigo mismo			
Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco			
Muchas veces mis padres me hacen sentir que hago las cosas bien			

En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar			
Muchas veces no puedo mostrar lo triste que me siento por dentro			
Me agrada mi apariencia física y lo que hago			
La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada			
Cuando me enojo mucho casi siempre termino llorando			
Me divierto con las cosas que hago			
Frecuentemente me siento triste			
Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio			
Muchas veces me odio a mi mismo			
Muchas veces me siento triste debido a mis tareas del colegio			
Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con el.			
Casi siempre la paso bien en el colegio			
A veces pienso que no vale la pena vivir			
La mayor parte del tiempo creo que nadie me comprende			

A veces siento vergüenza de mi mismo			
A veces me preocupo porque amo muy poco a mis padres			
Creo que mis padres están muy orgullosos de mi			
Soy una persona muy feliz			
Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.			
Nadie sabe lo triste que me siento por dentro			
A veces creo que soy una persona muy mala			
Cuando estoy en el colegio, me siento cansado la mayor parte del tiempo			
Creo que no merezco que los demás me quieran			
A veces sueño que tengo un accidente o me muero			
Pienso que es bueno enojarse.			
A veces me dan ganas de llorar, sin saber por qué			
Cuando me va mal en el colegio pienso que no valgo nada			
A veces me imagino que me hago heridas o que me muero			
A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres			

Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero			
Duermo bien durante toda la noche			
Cuando estoy fuera de casa me siento solo			
Creo que no soy tan bueno como quisiera ser			
Pienso que voy a hacer alguien importante en la vida			
Hay mucha gente que se preocupa bastante por mi			

**ANEXO C****ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING-MODIFICADA (EEC-M)  
Londoño N. H; Puerta I.C; Posada S.L; Arango D; Aguirre, D.C****INSTRUCCIONES****Instrucciones:**

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar las situaciones estresantes (muerte de un ser querido, divorcio, desempleo, etc.) que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación.

Trate de recordar las diferentes situaciones que le generan ansiedad o nerviosismo, vividas durante los últimos años, y responda señalando con una **X** el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones que le generan ansiedad o nerviosismo.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>

1. trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.	1	2	3	4	5	6
3. procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9. Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6



10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11. Procuero guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se solucionará	1	2	3	4	5	6
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20. Procuero que los demás no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27. No hago nada porque el tiempo todo lo cura	1	2	3	4	5	6
28. enfrento el problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29. Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31. Salgo a distraerme , a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
32. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6

36. Rezo	1	2	3	4	5	6
37. Hasta que no tenga claridad frente al problema no puedo darle mejor solución	1	2	3	4	5	6
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme a los problemas	1	2	3	4	5	6
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41. Escondo propias emociones	1	2	3	4	5	6
42. Busco realizar actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43. Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44. Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50. Considero que las cosas se solucionan por sí solas	1	2	3	4	5	6
51. Evalúo lo positivo y lo negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6
57. Procuo que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
59. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6

63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

**ANEXO D**  
**VALIDACION JUECES**

A continuación encontrará las instrucciones y los ítems de la Escala Estrategias de Coping modificada (EEC-M), por favor marque con una X si acepta o no la utilización de este ítem, de ser necesario haga las observaciones pertinentes

**ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)**

**Londoño N. H; Henao G.C; Puerta I.C; Posada S.L; Arango D; Aguirre,  
D.C**

**Instrucciones**

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas mas que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha, el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

ITEM	ACEPTA		OBSERVACIONES
	SI	NO	
<b>Instrucciones</b>			
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado			
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)			
3. Procuero no pensar en el problema			
4. Descargo mi mal humor con los demás			
5. Intento ver los aspectos positivos del problema			
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento			
7. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional			
8. Asisto a la iglesia			
9. Espero que la solución llegue sola			
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados			
11. Procuero guardar para mí los sentimientos			
12. Me comporto de forma hostil con los demás			
13. Intento sacar algo positivo del problema			

14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema			
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten			
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro			
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema			
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona			
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo			
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento			
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema			
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias			
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema			
24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema			
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación			
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación			
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice			

28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones			
29. Dejo que las cosas sigan su curso			
30. Trato de ocultar mi malestar			
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema			
32. Evito pensar en el problema			
33. Me dejo llevar por mi mal humor			
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal			
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar			
36. Rezo			
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas			
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar			
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema			
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen			
41. Inhibo mis propias emociones			

42. Busco actividades que me distraigan			
43. Niego que tengo problemas			
44. Me salgo de casillas			
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento			
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo			
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir			
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión			
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar			
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan			
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas			
52. Me es difícil relajarme			
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros			
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema			
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar			
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"			



57. Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos			
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales			
59. Dejo todo en manos de Dios			
60. Espero que las cosas se vayan dando			
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas			
62. Trato de evitar mis emociones			
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas			
64. Trato de identificar las ventajas del problema			
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás			
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional			
67. Busco tranquilizarme a través de la oración			
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar			
69. Dejo que pase el tiempo			

**ANEXO E****Resultados revisión interjueces**

Resultados revisión interjueces Escala de Estrategias de Coping

<b>Item original</b>	<b>Item modificado</b>	<b>Porcentaje de acuerdo</b>
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	100%
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	100%
3. Procuero no pensar en el problema	3. Procuero no pensar en el problema	100%
4. Descargo mi mal humor con los demás	4. Descargo mi mal humor con los demás	100%
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	5. Intento ver los aspectos positivos del problema	100%
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	100%
7. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	7. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	100%
8. Asisto a la iglesia	8. Asisto a la iglesia	100%
9. Espero que la solución llegue sola	9. Espero que la solución llegue sola	100%

10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	100%
11. Procuero guardar para mí los sentimientos	11. Procuero guardar para mí los sentimientos	100%
12. Me comporto de forma hostil con los demás	12. Me comporto de forma hostil con los demás	100%
13. Intento sacar algo positivo del problema	13. Intento sacar algo positivo del problema	100%
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	100%
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	100%
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	100%
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	100%
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	100%
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	100%
20. Procuero que los otros no se den cuenta de lo que siento	20. Procuero que los demás no se den cuenta de lo que siento	75%

21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	100%
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	100%
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	100%
24. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	24. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	100%
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	100%
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	100%
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	27. No hago nada porque el tiempo todo lo cura	75%
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	28. Enfrento el problema poniendo en marcha varias soluciones	75%
29. Dejo que las cosas sigan su curso	29. Dejo que las cosas sigan su curso	100%
30. Trato de ocultar mi malestar	30. Trato de ocultar mi malestar	100%
		75%

31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	31. Salgo a distraerme, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	100%
32. Evito pensar en el problema	32. Evito pensar en el problema	100%
33. Me dejo llevar por mi mal humor	33. Me dejo llevar por mi mal humor	100%
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	100%
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	100%
36. Rezo	36. Rezo	100%
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	37. Hasta que no tenga claridad frente al problema no puedo darle la mejor solución	75%
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	100%
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	100%
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	100%
		75%

41. Inhibo mis propias emociones	41. escondo mis propias emociones	75%
42. Busco actividades que me distraigan	42. Busco realizar actividades que me distraigan	100%
43. Niego que tengo problemas	43. Niego que tengo problemas	100%
44. Me salgo de casillas	44. Me salgo de casillas	100%
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	100%
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	100%
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	100%
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	100%
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	75%
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	50. Considero que las cosas se solucionan por sí solas	100%
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	100%
52 Me es difícil relajarme	52 Me es difícil relajarme	100%

53 Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	53 Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	100%
54 Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	54 Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	100%
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	100%
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	100%
57. Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	57. Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	100%
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	100%
59. Dejo todo en manos de Dios	59. Dejo todo en manos de Dios	100%
60. Espero que las cosas se vayan dando	60. Espero que las cosas se vayan dando	100%
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	100%
62. Trato de evitar mis emociones	62. Trato de evitar mis emociones	100%
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	100%

64. Trato de identificar las ventajas del problema	64. Trato de identificar las ventajas del problema	100%
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	100%
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	100%
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	67. Busco tranquilizarme a través de la oración	100%
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	100%
69. Dejo que pase el tiempo	69. Dejo que pase el tiempo	100%



## **ANEXO F**

### **Consentimiento Padres de Familia**

#### **UNIVERSIDAD DE NARIÑO PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

#### **DOCUMENTO DE ACEPTACION INFORMADA PARA PADRES**

Por medio de la presente autorizo  
que \_\_\_\_\_

Quien está bajo mi custodia legal participe en la investigación denominada  
“estrategias de afrontamiento”.

Declaro que he leído y comprendido el documento informativo y que se  
me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes,  
el procedimiento, los posibles riesgos y molestias y los beneficios que implica  
esta investigación.

Declaro que no he sido sometido a ningún tipo de presiones y que mi  
decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria.

Entiendo que conservo los derechos de retirarme del estudio en cualquier  
momento, de que la información sea manejada de manera confidencial, de  
hacer preguntas en cualquier momento y de ser informado de datos  
relevantes de la investigación, en los términos que se expresan en el  
documento informativo.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los \_\_\_\_ días, del  
mes \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_

	Nombre y cedula	Firma	Teléfono
Madre/padre de familia			
Investigadora responsable	Nathalia cepeda		
Investigadora responsable	Maria Emilia Delgado		



