



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS TRABAJADORES Y NO
TRABAJADORES QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS DE LIMA
METROPOLITANA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica
que presenta la Bachiller:

CLAUDIA MELO-VEGA VINATEA

Mg. MÓNICA CASSARETTO BARDALES
Asesora

LIMA – 2009

RESUMEN

Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores

El término *trabajo infantil* suele ser definido como el trabajo que priva a los niños y adolescentes de su infancia, su potencial y su dignidad, y que es nocivo para su desarrollo físico y mental; en sus formas más extremas, implica niños que son esclavizados, separados de sus familias, expuestos a graves riesgos y enfermedades, etc. (IPEC, 2009).

Algunos estudios han encontrado que los niños trabajadores experimentan emociones negativas asociadas a su condición. Debido a las características sociales, económicas y familiares que tienen estos niños, existe un alto porcentaje de niños trabajadores que se encuentran en situación de riesgo, no solo físico sino también social y mental. Así mismo, se asocian al trabajo infantil, consecuencias similares a las que se encuentran en el trastorno depresivo (Molina, Tomas, Saté y Baeza, 2000).

Ante lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva existentes en niños trabajadores que asisten a los colegios del programa Proniño en Lima Metropolitana?

Los objetivos planteados son:

Objetivo general

-Comparar los niveles de sintomatología depresiva en niños trabajadores que asisten a los colegios del programa Proniño en Lima metropolitana, con los niveles de la misma, que presentan niños no trabajadores con igual condición socioeconómica.

Objetivos específicos

-Describir los niveles de sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a los colegios del programa Proniño en Lima Metropolitana.

-Determinar los niveles de riesgo y no riesgo para presentar un cuadro depresivo que presentan los niños trabajadores y no trabajadores de la muestra.

-Determinar si existen diferencias entre los niveles de sintomatología depresiva en la muestra de acuerdo a las variables psicosociales controladas (edad, sexo, etc.)

Tipo de investigación

El presente estudio es descriptivo ya que el interés se encuentra en evaluar una variable para así poder mostrar con precisión las dimensiones asociadas a ella; así mismo, el tipo de diseño empleado es no-experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Debido a que el propósito del estudio es describir una variable en un momento determinado y único, se utilizará un diseño transeccional.

Participantes

Se obtuvo los participantes a partir de un muestreo no probabilístico de tipo accidental, ya que la elección de éstos se dio a partir de la participación voluntaria de los niños que cumplieron con las características requeridas para la investigación (Kerlinger y Lee, 2001).

La muestra estuvo constituida por 194 niños provenientes de un colegio público de Lima. Del total de la muestra, el 55,2% se encontraba realizando algún tipo de trabajo considerado como “trabajo peligroso” y el 44,8% no se encontraba realizando ningún tipo de trabajo.

Instrumentos

Se utilizó una encuesta sociodemográfica que brinda datos relevantes para los análisis de la información recibida. De igual manera, se utilizó el *Inventario de Depresión para Niños (CDI)* de María Kovacs; un inventario de auto reporte que consta de 27 ítems que extraen datos sobre diferentes síntomas depresivos, experiencias de placer, autoconcepto y conducta interpersonal.

Para fines de esta investigación, se empleó la adaptación realizada por Ludmila Reátegui en 1994, ya que es la versión más utilizada en las diferentes investigaciones de nuestro medio y que además cuenta con normas percentiles elaboradas a partir de una población “normal” de un nivel socioeconómico similar al de los niños de la presente investigación.

Resultados y Conclusiones

Se pudo concluir que los niños de la muestra presentan niveles elevados de sintomatología depresiva, y que se encuentra evidencia estadística que permite afirmar que los niños trabajadores presentan mayores índices de sintomatología depresiva, en comparación a los niños con iguales características pero que no se encuentran trabajando. Estos resultados estarían indicando a su vez, niveles elevados de riesgo de depresión en los niños de la muestra. Así mismo, se observan diferentes variables que podrían explicar estos resultados, siendo las más importantes el bajo nivel socioeconómico y las situaciones que se presentan dentro de la dinámica familiar. Igualmente, Los resultados encontrados a partir de las variables psicosociales medidas y a las características propias del trabajo infantil, indican que existen diferencias significativas en relación a la constitución familiar, repitencia, año de estudios que se encuentran cursando los niños, así como en relación al reporte de la satisfacción con la labor realizada.

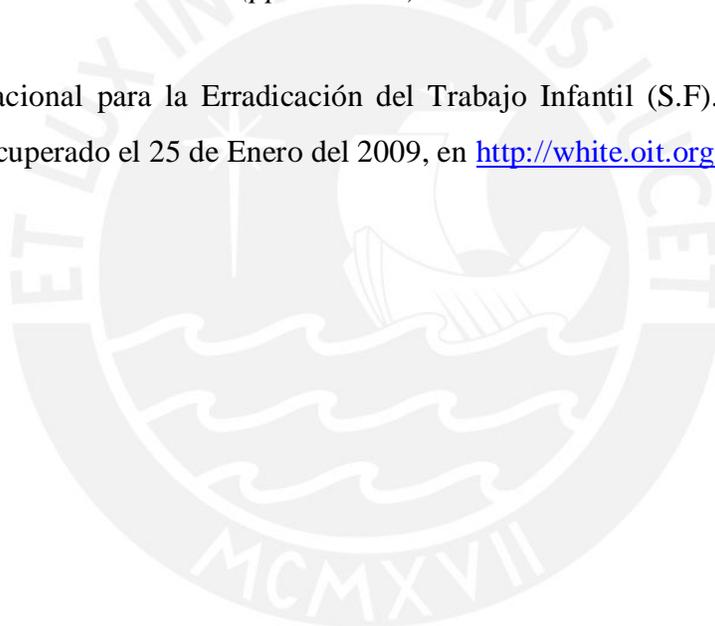
REFERENCIAS

Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (S.F). *Formas de trabajo infantil*. Recuperado el 25 de Enero del 2009, en <http://white.oit.org.pe/ipec/>

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ª ed.). México: Mc Graw- Hill Interamericana.

Molina, M. Tomás, J. Sbaté, N. y Baeza, E. (2001) Trastornos depresivos en niños y adolescentes. En J. Pedreira y J. Tomás (Eds.) *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*. (pp. 151-186). Barcelona: LAERTES

Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (S.F). *Formas de trabajo infantil*. Recuperado el 25 de Enero del 2009, en <http://white.oit.org.pe/ipec/>





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS TRABAJADORES Y NO
TRABAJADORES QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS DE LIMA
METROPOLITANA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología
Clínica
que presenta la Bachiller:

CLAUDIA MELO-VEGA VINATEA

Mg. MÓNICA CASSARETTO BARDALES
Asesora

LIMA – 2009

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Mónica Cassaretto, por recibirme y ofrecerme su apoyo; pero sobre todo por el detalle y la dedicación puesta en sus correcciones y comentarios, capaces de brindar la confianza necesaria para continuar en este difícil trabajo.

A mis padres, Jorge y Claudia, por la motivación brindada para investigar este tema, por su apoyo e interés. Por ser mi soporte en todos estos años y por la confianza depositada.

A mi hermano Jordi, por ese lazo tan especial que nos une, por creer en mí.

A Armando, por estar siempre ahí, por su paciencia y amor.

A Ana María Avendaño, Natali Alcántara y Lorena Rodríguez, por su valioso tiempo, esfuerzo y apoyo en la recolección de datos y análisis del material; así como también por el aliento brindado y su amistad.

A Renato Ramírez, por compartir su experiencia y orientarme en cada una de mis dudas.

A las coordinadoras del programa Proniño y de CESIP, especialmente a Paula Flores, Silvia Llanos, Milagros Ríos, Eliana Apaza y Milagritos Espinoza; por facilitar las condiciones y permitirme ingresar a la dura realidad del trabajo infantil.

A cada uno de los niños participantes y a sus padres, por permitirme conocer las condiciones por las que atraviesan y enseñarme a mirar las cosas de una manera diferente.

RESUMEN

Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores

El presente estudio tiene como finalidad describir el nivel de sintomatología depresiva hallada en niños trabajadores y no trabajadores del departamento de Lima. Para ello, se realizó la aplicación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs a una muestra de niños que asiste a un colegio que funciona bajo el programa *Proniño*. La muestra no probabilística, estuvo conformada por 194 niños, entre 6 y 10 años de edad, de los cuáles 107 niños se encontraban realizando alguna actividad económica considerada como “trabajo peligroso”; y los 87 niños restantes, contaban con un nivel socioeconómico similar pero no se encontraban realizando ningún tipo de trabajo. Los resultados indican que existen diferencias significativas en los niveles de sintomatología depresiva hallada en los niños trabajadores de la muestra, en comparación a los niños no trabajadores; obteniendo mayor riesgo para desarrollar dicha sintomatología en el grupo de niños que trabajan, los cuales presenta índices de riesgo bastante más altos (68%) a los encontrados en otros estudios. Los resultados encontrados a partir de las variables psicosociales medidas y a las características propias del trabajo infantil, indican que existen diferencias significativas en relación a la constitución familiar, repitencia, año de estudios que se encuentran cursando los niños, así como en relación al reporte de la satisfacción con la labor realizada.

Palabras clave: Trabajo infantil, Sintomatología depresiva, Inventario de Depresión Infantil de Kovacs.

ABSTRACT

Depressive symptomatology in working children

The present study aims to describe the level of depressive symptomatology in working and unworking children from Lima. For this matter, an application of the Child Depressive Inventory was made, in a sample of children that attends to a school that works under *Proniño* program. The non probabilistic sample was conformed by 194 children, between 6 and 10 years old; 107 of them were involved in an economic activity considered as "dangerous work ", and the 87 remaining children, had a similar socioeconomic level but don't work. The results indicate that significant differences exist in the levels of depressive symptomatology found in the working children, in comparison to the unworking children group; obtaining a greater risk for developing such symptoms in the group of working children, which present significantly higher risk (68%) to those found in other studies. The results found from the psychosocial values and to the proper characteristics of the child labor, indicate that significant differences exist in relation to the family constitution, grade, repetition, and in the report of the satisfaction with the realized labor.

Key words: Child Labor, Depressive Symptomatology, Child Depressive Inventory.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
TITULO	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	01
Contexto general del trabajo infantil	01
Aspectos generales de la depresión y sintomatología depresiva en niños	09
Síntomatología depresiva en niños trabajadores	18
Planteamiento del problema	20
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	23
Nivel de investigación	23
Participantes	23
Instrumentos	27
Procedimiento	30
CAPÍTULO 3: RESULTADOS	33
Niveles de sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar depresión	33
Síntomatología depresiva según las variables psicosociales	35
Síntomatología depresiva según las características del trabajo infantil	41
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	59

ANEXOS

- A: Encuesta Socio demográfica
- B: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)
- C: Consentimiento informado para padres o tutores
- D: Síntomatología depresiva según grupos de edad



INTRODUCCIÓN

El trabajo infantil es una problemática de la cual se ha ido tomando mayor conciencia en los últimos años. Sin embargo, la mayoría de las aproximaciones que se han realizado al respecto giran en torno a las consecuencias económicas y sociales del mismo, así como los efectos en la salud física de los niños.

Desde edades muy tempranas, un 26.5% de la población peruana (INEI, 2001) debe iniciarse en alguna actividad económica, ya sea por motivos económicos o culturales; sin embargo, la mayoría de las veces las labores realizadas por los niños entran dentro de la categoría denominada “trabajo peligroso”, encontrándose en contradicción con los derechos básicos de la infancia.

Estos niños se ven expuestos a diferentes tipos de abuso, falta de descanso y de tiempo para jugar; al distanciamiento de sus familias, la exposición a daños físicos, la falta de escolaridad, la situación de pobreza, etc. lo cual los coloca en una situación de riesgo elevado frente a los efectos relacionados con el trabajo, así como también a consecuencias sociales, morales, físicas, psíquicas y económicas que afectan su desarrollo.

Dentro de las consecuencias psíquicas que deben de afrontar estos niños, se encuentran una serie de síntomas tales como tristeza, cólera, ansiedad, nerviosismo, preocupación, apatía y aburrimiento (Silva, 2008); todos ellos indicadores de la posible existencia de un cuadro depresivo.

Por muchos años, no era posible hablar de la existencia de la depresión en la infancia; los niños que podían mostrar signos de lo que hoy podría llamarse “depresión” eran catalogados como tímidos, flojos o desobedientes, y sus síntomas eran atribuidos a factores externos, evitando de esta manera afrontar la situación y brindarles la ayuda necesaria (The Harvard Mental Health Letter, 2002). En la actualidad, debido al incremento de investigaciones sobre el tema, y a los aportes de algunos teóricos, ha sido posible delimitar a este cuadro clínico, estableciendo criterios diagnósticos que permiten un adecuado abordaje.

Debido a las características sociales, económicas y familiares que tienen los niños trabajadores, existe un alto porcentaje de éstos que se encuentran en situación de riesgo, no solo físico sino también social y mental. Se asocian al trabajo infantil, consecuencias como abuso de sustancias (incluyendo la dependencia a la nicotina),

embarazo adolescente, bajo rendimiento académico, conductas antisociales, mal funcionamiento interpersonal, etc. las cuáles se relacionan también con el trastorno depresivo (Molina, Tomas, Saté y Baeza, 2000). Esto resulta aún más preocupante si es que se toma en cuenta que existe un elevado riesgo de conducta suicida y que de encontrarse este trastorno presente en estos niños, el peligro de padecer estas consecuencias se vería incrementado, ya que estos problemas persisten más allá de la remisión del trastorno. Estas consecuencias son más graves aún al presentarse en una etapa de la vida donde la maduración y desarrollo de las capacidades mentales superiores y de adquisición de destrezas y habilidades están en efervescencia (Adrianzén, 2001).

Es por este motivo, que se plantea como objetivo de esta investigación, describir los niveles de sintomatología depresiva que se pueden encontrar en niños trabajadores, así como también determinar los niveles de riesgo o no riesgo para presentar un cuadro depresivo, que pudieran estar presentando estos niños.

Para esta finalidad, se ha realizado una revisión teórica acerca de la problemática del trabajo infantil en el Perú, así como también del constructo de la depresión en niños; explicando los motivos por los cuáles resulta fundamental conocer si es que los niños trabajadores pueden estar presentando niveles elevados de sintomatología depresiva. Posteriormente, se describe el método utilizado en esta investigación, así como la descripción de la muestra y del Inventario de Depresión Infantil (CDI), instrumento utilizado para medir el nivel de sintomatología depresiva en estos niños.

Finalmente, se exponen los resultados obtenidos, los cuales serán discutidos para presentar las conclusiones y recomendaciones para futuros trabajos de investigación sobre la depresión infantil.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

Sintomatología depresiva en niños trabajadores

Contexto general del trabajo infantil

El trabajo infantil no es una realidad reciente; sin embargo, durante mucho tiempo se ha tolerado con una mezcla de indiferencia y apatía. Es recién a partir de 1979 (*Año Internacional de la Infancia*), cuando la sociedad mundial toma conciencia de la complejidad y seriedad del fenómeno del trabajo infantil. A partir de esa fecha, la percepción internacional de esta problemática sufre un cambio considerable gracias a una serie de hechos y convenios relevantes a favor de los derechos de la infancia (Kagoshima y Guerra, 2000).

El IPEC (Programa Internacional Para La Erradicación Del Trabajo Infantil, 2009) considera que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes en el mundo entero llevan a cabo trabajos que son adecuados para su edad y para su grado de madurez. La mayoría de trabajos o labores que implican ayudar a la familia son considerados legítimos ya que al realizarlos, los niños aprenden a asumir responsabilidades, adquieren aptitudes, ayudan a sus familias, incrementan su bienestar e incluso pueden ayudar a generar ingresos. Por ello, La OIT (Organización Internacional Del Trabajo, 2005, p.9) diferencia el trabajo infantil de estas labores y define formalmente al trabajo infantil por abolir de la siguiente manera:

“...incluye aquellas actividades económicas que dañan el bienestar de los niños y menoscaba su educación, desarrollo y calidad de vida futura “

El artículo 7 del convenio 138 de la OIT (IPEC, 2004) clasifica dos tipos de trabajos infantiles, el trabajo ligero y el trabajo por abolir. El *trabajo ligero* son aquellas actividades que realizan los niños mayores de 12 años que no son susceptibles de perjudicar su salud o desarrollo y que por su naturaleza, no perjudican la asistencia a la escuela, la participación en programas de orientación o formación profesional aprobados por la autoridad competente, o el aprovechamiento de la enseñanza que reciben; para ello, este trabajo no debe exceder las 14 horas semanales.

Por el contrario, aquellas actividades designadas como *trabajo por abolir*, incluyen a cualquier actividad económica en la cual participan niños entre 5 y 11 años de edad; actividades económicas en las que participan niños entre 12 y 14 años que no sean consideradas como *trabajo ligero*; y todas las actividades en las que participen niños o adolescentes menores de 18 años que sean consideradas como *trabajo peligroso*.

Aquellas actividades denominadas como *trabajo peligroso* son consideradas como las *peores formas de trabajo infantil*, ya que entran en contradicción con los derechos básicos de los niños y niñas. Estas actividades se encuentran prohibidas para toda persona menor de 18 años, e incluyen a toda forma de esclavitud, actividades que por su naturaleza o por las condiciones en las que se lleva a cabo suelen dañar la salud física o mental; y los trabajos que implican condiciones específicamente difíciles (OIT, 1999).

La causa fundamental del trabajo infantil es, sin duda, la pobreza; pero sumada a ella existen múltiples factores asociados, de naturaleza social, política y cultural, que empujan a las personas a trabajar prematuramente. Muchos niños, niñas y adolescentes se dedican a trabajar porque la educación no es percibida ni por ellos ni por sus padres como útil para sus necesidades. La educación pública no es todavía una educación de calidad, especialmente en zonas rurales y urbano marginales; además, a muchas familias les resulta imposible solventar los gastos que representa enviar a todos los hijos al colegio. Un componente menos tangible es la valoración positiva del trabajo a edad temprana, así como la concepción del rol de la infancia y sus derechos (IPEC, 2002).

Según las referencias manejadas por la OIT (2003), la cantidad de niños y niñas de 5 a 14 años que trabajan a nivel mundial superarían los 180 millones, la mayor parte de ellos en Asia; América Latina representa aproximadamente un 9% de ese total. Estudios más recientes hablan ya de más de 250 millones de niños y niñas sujetos al trabajo infantil en el mundo, la preocupación crece si se toma en cuenta que en América Latina un 42% del total de niños trabajadores realiza actividades que forman parte de las *peores formas de trabajo infantil* o el llamado *trabajo peligroso* (OIT, 2005; Instituto Nacional de Estadística e Información [INEI], 2001).

Dentro de las actividades que realizan los niños, niñas y adolescentes que pueden ser consideradas dentro de la categoría de *peores formas de trabajo infantil* se encuentran:

Trabajo infantil en minas y canteras: En América Latina más de nueve millones de personas dependen de la actividad minera artesanal, siendo los niños una parte importante de esta. Los niños, niñas y adolescentes generalmente se inician en esta labor ayudando a sus madres en labores sencillas, como la selección de desmonte minero o bateando en el río; a partir de los 12 años los niños pueden realizar otro tipo de labores, como la extracción del mineral en los túneles, el transporte a la superficie y su procesamiento, exponiéndose a múltiples peligros como explosiones, derrumbes, asfixia, cargas pesadas, y sustancias tóxicas (IPEC, 2009).

Este tipo de trabajo se realiza en el marco familiar, por lo cual no se considera como una actividad laboral sino como un “apoyo” de los niños. No obstante, ésta es una actividad cotidiana, a la cual los niños dedican varias horas luego del colegio y los fines de semana, incrementándose aún más en vacaciones escolares (IPEC, 2001).

En el país, 30,000 familias se dedican de manera permanente a la minería artesanal de oro. Dos de cada tres de estas familias hacen que sus hijos menores de 18 años participen en las actividades de extracción y procesamiento del mineral; estas familias albergan a 61,000 niños entre 0 y 17 años, de los cuales en la actualidad unos 50,000 ya están trabajando y los 11,000 que aún son pequeños lo harán apenas cumplan 6 ó 7 años de edad. Los departamentos en los que esta labor se encuentra más difundida son los de Puno y Madre de Dios, aunque en la actualidad existen nuevos caseríos en Nazca-Ocoña y en Cajamarca donde existirían mineros artesanales (IPEC, 2009).

Como se ha mencionado, esta labor produce una serie de consecuencias para los niños, la mayoría ligadas a la contaminación con mercurio y la carga del mineral. Los padres de familia conocen los peligros ocupacionales y daños a la salud que ocasiona la minería, pero en la vida cotidiana predominan las urgencias de la sobrevivencia diaria así como la percepción del trabajo de los niños como una tradición que los socializa en cuanto a responsabilidad y disciplina. (IPEC, 2001).

Trabajo infantil en la agricultura: Según la OIT, nueve de cada diez niños que trabajan en el campo lo hacen en la agricultura, actividad que concentra cerca del 70% de la niñez trabajadora. Muchos niños y adolescentes manipulan pesticidas y agrotóxicos; utilizan herramientas punzocortantes o utilizan maquinarias sin protección alguna. La jornada de los niños y niñas que trabajan en el sector rural suele empezar antes del amanecer y prolongarse por muchas horas bajo difíciles condiciones climáticas que afectan su salud. Muchos de ellos padecen problemas psicológicos producto del estrés ocasionado por la presión para cumplir con determinados cupos de producción.

Además de esto, el trabajo de niños y adolescentes en el sector rural incide negativamente en su ingreso y permanencia en la escuela. Esto es especialmente grave en el caso de la niñas, que suelen combinar las actividades del campo con labores domésticas, lo que afecta su asistencia y progreso escolar (OIT, 2007)

Trabajo infantil doméstico: Cerca de 10 millones de niñas, niños y adolescentes en todo el mundo, muchos de ellos menores de 10 años, trabajan "ocultos" en las viviendas de sus empleadores sin que sus actividades puedan, en la mayoría de los casos, ser controladas (IPEC, 2009)

Por trabajo infantil doméstico en hogares de terceros se entiende la ejecución de tareas domésticas, propias del hogar como cocinar, lavar, planchar, limpiar, cuidar niños, hacer compras, etc. realizadas por niños, niñas y adolescentes, en hogares que no son los suyos. Actualmente el trabajo doméstico es la categoría de empleo que absorbe la mayor cantidad de niñas y adolescentes mujeres menores de 16 años en el mundo. En América Latina y el Caribe, más del 90% de personas menores de 18 años que se dedican a esta actividad son niñas; y el Perú, ocupa el tercer lugar entre las actividades desempeñadas por este segmento, antecedidas solo por los trabajadores del sector agrícola y la participación en negocios familiares (IPEC, 2002).

La característica fundamental del trabajo doméstico es que se desarrolla en los espacios privados del hogar. De allí la "invisibilidad" que se le atribuye, la cual muchas veces deviene del hecho de que la familia empleadora y mismas niñas no se perciben o reconocen como trabajadoras. Resulta común escuchar que "solo ayudan, pero no trabajan", calificándose como ahijadas o parientes, que a cambio de casa y comida ayudan en las tareas del hogar. Y es que el trabajo doméstico no sólo se encuentra entre los menos regulados y los peor remunerados, sino que constituye una de las ocupaciones más desprestigiadas y estigmatizadas socialmente (IPEC, 2002).

Entre las principales características que definen al trabajo infantil doméstico como una de las *peores formas de trabajo infantil*, se encuentran las extenuantes jornadas, que llegan hasta las 16 horas; el desarraigo de su familia y entorno cultural afectivo; el cambio abrupto de costumbres y hábitos; y no percibir una remuneración a cambio, ya sea porque así fue hecho el arreglo entre la familia y el empleador o porque la paga es recibida por los padres u otro familiar. A ello se adiciona que, en el entorno en el cual se desenvuelven, el crecimiento emocional de las niñas se ve limitado, debido a que se les niega el tiempo y la atención que todo niño y niña demandan para desarrollar sentimientos de autoestima, unión familiar, amor y aceptación, elementos

esenciales para establecer y mantener lazos familiares cuando sean adultos (IPEC, 2009).

Trabajo infantil en basureros: El trabajo en los basurales es una labor muy extendida, generalmente realizada por familias en situación de extrema pobreza, en la que los adultos no tienen una ocupación fija e incorporan a los niños, niñas y adolescentes a esta actividad (IPEC, 2009).

El reciclaje de basura implica una serie de fases, en las cuáles participan los niños realizando diferentes modalidades de trabajo. Estas actividades varían dependiendo de si es que los niños trabajan de manera independiente, o si es que son contratados por alguna empresa; así como también según el género. Dentro de las actividades que realizan estos niños, se encuentra la labor de clasificación de material reciclable, la limpieza y acondicionamiento de dicho material, y el empaque y la carga del material seleccionado (Centro de Estudios Sociales y Publicaciones [CESIP], 2004).

La edad promedio de inicio laboral para estos niños oscila entre los 7 y 10 años, aunque en la actualidad se observa una tendencia creciente a incorporarse a una edad aún más temprana, inclusive desde los 4 y 6 años.

Estos niños dedican una gran cantidad de horas al trabajo, en jornadas que tanto en época de clases como en vacaciones exceden lo permitido por el Código del Niño y el Adolescente (El Peruano, 2000). Así mismo, se encuentran expuestos a condiciones inhumanas, siendo víctimas de infecciones, enfermedades digestivas, malnutrición, cortes con vidrios, contacto con jeringas y desechos hospitalarios, mordeduras de animales, picaduras de insectos, atropellos, quemaduras y acoso (CESIP, 2004; IPEC, 2009).

Trabajo Infantil en la pesca y extracción de moluscos: La extracción de moluscos es una actividad que se realiza en los humedales de las zonas costeras. Las personas menores de edad que desempeñan este trabajo permanecen durante horas dentro del fango poniendo en peligro su integridad física y psicológica, ya que están mucho tiempo sumergidos en los manglares; sufren de picaduras de insectos, subdesarrollo físico y malnutrición. Además, muchas veces ingieren estimulantes para soportar el ritmo de trabajo y en algunos casos se observa que fuman puros o ingieren otras sustancias para disminuir su sensibilidad a las picaduras y para ahuyentar a los insectos (IPEC, 2009).

Trabajo infantil en mercados: Cada día, miles de niños y niñas compiten con los adultos en múltiples tareas y jornadas en los mercados, que van desde las cuatro de la mañana hasta las seis de la tarde.

En el Perú, la mayoría de niños que trabajan en los mercados, trabajan junto a su familia quienes generalmente son de origen provinciano. Estos niños tienen al mercado y la calle como espacio de socialización, por lo que se ven expuestos a una serie de riesgos para su integridad física y moral.

De acuerdo a su edad, trabajan descargando mercancía de los camiones; transportándola al puesto de venta; vendiendo alimentos y especias; trasladando las compras de los clientes, acarreando y cargando a diario costales de entre 40 y 50 Kg., vigilando los puestos, cuidando autos o revendiendo productos (IPEC, 2009).

Trabajo Infantil en el sector informal: El trabajo en este sector incluye las actividades generadoras de ingresos llevadas a cabo por la mayoría de los pobres urbanos. La labor que realizan estos niños no es "oficial"; no hay ninguna entidad gubernamental o autoridad tributaria que sepa que están trabajando, porque no están oficialmente empleados. En muchos casos, las personas para las que trabajan no están registradas como empleadores (IPEC, 2009).

El sector informal es un término genérico para actividades que van desde las que generan los menores ingresos (limpiar zapatos o cuidar carros) hasta empresas más productivas con varios empleados (pesca a pequeña escala, minería, explotación de canteras, actividades agrícolas y comerciales, talleres, entre otros).

Actualmente se estima que en el Perú el 39,8% de la población es menor de 18 años. De acuerdo con el INEI, en el 2001 el 26,5% de la población peruana que tenía entre 6 y 17 años, realizaba algún tipo de actividad económica, representando casi 2 millones de niños, niñas y adolescentes trabajadores. De este total, un 21,1% comparte el estudio con el trabajo y un 5,4% solo trabaja y no estudia, lo cuál los coloca en una situación de desventaja tanto presente como futura.

El trabajo infantil y adolescente en nuestro medio afecta casi en la misma proporción a hombres y mujeres. Del total de niños, niñas y adolescentes que trabajan, el 54% son varones y el 46% son mujeres. Así mismo, del total de la población infantil y adolescente ocupada, 61% está compuesta por niños y niñas entre 6 y 13 años, mientras que el restante 39%, está integrado por adolescentes entre los 14 y 17 años. Estas cifras, en comparación a las halladas por la ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares) en 1996, demuestran que la participación en el mercado laboral de la

población de 6 a 17 años ha ido en aumento en los últimos años (ENAHO, 2001; INEI, 2001; Silva, 2008).

Estos datos resultan aún más alarmantes si es que se toma en cuenta que, mucha de la información obtenida con relación a los niños y adolescentes que realizan algún tipo de trabajo se encuentra afectada por un subregistro; especialmente en áreas rurales, donde un alto porcentaje de la población ocupada de 6 a 17 años, pertenece al grupo de trabajadores familiares no remunerados, que se confunde con las tareas domésticas como la crianza de animales o la elaboración de productos para el autoconsumo. En el caso de los ocupados asalariados, el subregistro se debe a que el trabajo infantil es considerado ilegal y, por tanto no es reportado por los empleadores (INEI, 2001).

En relación al área geográfica, la región donde existe una mayor incidencia de trabajo infantil, es en la sierra. En esta área más del 40% de niños entre 6 y 13 años, se encuentra realizando labores económicas, situación que podría ser explicada en parte, por los patrones culturales de la economía campesina (IPEC, 2002).

Las actividades más significativas, tanto para los niños como para las niñas de nuestro país, son el pastoreo de animales y las tareas de la chacra, las cuales concentran al 81% de menores de 14 años que desarrollan labores económicas. Cabe destacar que entre las actividades con mayor participación de niñas se encuentran ayudar en el negocio de la casa o de un familiar, realizar labores domésticas en otras viviendas, y elaborar productos para la venta; toda ellas, actividades que se desarrollan al interior de las viviendas. En el caso de los niños, además de las actividades en la chacra, cobran relevancia, la venta de productos, caramelos y dulces, cargar bultos y trabajar como adobero o ladrillero; es decir, actividades que se realizan al exterior de las viviendas (INEI, 2001).

La ENDES (Encuesta de Demográfica y de Salud Familiar, 2000) encontró que en Lima, los niños de 6 a 15 años que trabajan y viven con ambos padres representan el 53,8%; y se dedican a actividades propias del área urbana como venta ambulatoria, servicio doméstico, cargadores de bultos, peladores de pollo, lustra botas, adoberos y ladrilleros, entre otros. En los departamentos de la sierra como Cusco, Puno y Cajamarca, el 67,4%; 73,3% y el 68,0% respectivamente, de los niños que trabajan viven con padre y madre. En estos casos, los niños se desempeñan en actividades agropecuarias como ayuda en la chacra, pastoreo y la preparación de productos de autoconsumo; contando con una mayor protección de sus padres.

Finalmente, algunos indicadores como el NBI (Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas) muestran que el 61,9% de los niños y adolescentes ocupados en nuestro país carece de una o varias de sus necesidades básicas: residen en viviendas que no tienen agua ni desagüe, en viviendas que presentan hacinamiento, la población en edad escolar no asiste a un centro educativo regular o hay una alta dependencia económica (INEI, 2001).

Existen algunas organizaciones dedicadas a brindar ayuda al niño y adolescente trabajador, entre ellas se encuentra el programa *Proniño*. Este programa, tiene como objetivo impulsar un movimiento social para erradicar el trabajo infantil en Latinoamérica, a partir de la escolarización de los niños, niñas y adolescentes que trabajan; brindándoles la oportunidad de recibir una educación de calidad (Fundación Telefónica, 2009).

Esta iniciativa atiende de manera integral al niño y su entorno. El programa comprende actividades de refuerzo en los estudios y atención de salud para los escolares, capacitaciones para docentes, talleres de sensibilización para padres de familia y mejoras en la infraestructura de los centros educativos, además de variadas iniciativas para mejorar el entorno familiar y social de los niños trabajadores (Proniño, 2009). Actualmente, el programa Proniño se viene desarrollando en países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela. En el 2008, el programa favoreció a 17,000 niños, niñas y adolescentes en el Perú, encontrándose en los departamentos de Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Lima, Moquegua, Piura y Puno (Proniño, 2009).

Por otro lado, en Lima, el Centro de Estudios Sociales y Publicaciones (CESIP) es el encargado de operar el proyecto de escolarización de niños trabajadores, en seis colegios que se encuentran en los distritos de Carabayllo, Comas, Chosica y San Juan de Lurigancho. A estos colegios, acceden un aproximado de 2467 niños que se encuentran realizando actividades económicas o se encuentran en riesgo de hacerlo, tales como recolección de desperdicios, elaboración artesanal de ladrillos, trabajo en mercados, etc. (CESIP, 2009).

Aspectos generales de la depresión y sintomatología depresiva en niños

Pensar en la depresión infantil no es fácil; por muchos años los niños que mostraban signos de lo que podría haberse llamado depresión sufrían en silencio y eran catalogados como tímidos, flojos o desobedientes. Los síntomas generalmente eran atribuidos a respuestas generadas por estrés, déficit de atención con hiperactividad, o a conflictos con sus padres, maestros o compañeros (The Harvard Mental Health Letter, 2002).

Desde 1960 las investigaciones acerca de la depresión se han ido incrementando, antes de la publicación del DSM-III (APA, 1980) las actitudes que predominaban hacia el diagnóstico de trastornos afectivos en niños y adolescentes fluctuaba entre la incredulidad de que estos trastornos existieran antes de la adolescencia tardía y la inclusión excesiva de diferentes y numerosos tipos de conductas y problemas emocionales como reflejo de *reacciones depresivas enmascaradas* (Shaffer y Waslick, 2003).

Es necesario precisar que no se debe utilizar el término *depresión* de manera indiscriminada, se debe establecer una diferencia entre este término dependiendo de si es que éste alude a un síntoma, estado de ánimo, síndrome o trastorno. Es así que, la depresión como síntoma puede identificarse como

“un estado de ánimo triste, infelicidad, sentirse desgraciado, melancólico, hundido, desdichado y pesimista” (Bermúdez y Bermúdez, 2006, p.221)

Es importante mencionar que estos síntomas pueden aparecer en diversos momentos del ciclo vital, sin estar necesariamente relacionados con un cuadro depresivo; sin embargo, puede que sí cumplan con algunos de los criterios planteados por el DSM IV TR (APA, 2002), situación que pone a las personas en gran riesgo para sufrir este trastorno, y sus terribles consecuencias, si es que no reciben una atención adecuada. Es justamente en estas personas en las que la prevención juega un rol fundamental para evitar el desarrollo de este cuadro (Rodríguez, 2008).

Cuando se menciona a la depresión como un síndrome, se hace alusión a un conjunto de síntomas que covarían. Así, el estado de ánimo disfórico descrito anteriormente, se presenta asociado con trastornos vegetativos, cambios psicomotores, cognitivos y motivacionales. La referencia al trastorno depresivo implica al síndrome que ejerce un impacto incapacitante en áreas importantes de la vida del niño, durante un

período determinado, con una historia característica, en la que es posible reconocer predisponentes familiares, biológicos, cognitivos, de aprendizaje, afectivos, motivacionales y contextuales; y factores de mantenimiento que responden a las acciones terapéuticas de maneras particulares (Jiménez, 1997 citado en Bermúdez y Bermúdez, 2006).

A pesar de que cada vez se cuenta con mayor información y con diversas clasificaciones diagnósticas que definen a la depresión infantil (DSM-IV-TR, CIE-10, etc.); realizar un diagnóstico de depresión en la infancia continúa presentándose como un reto, ya que la sintomatología, desencadenantes y curso de la misma se encuentra influida por el proceso de desarrollo por el que atraviesa el niño (Del Barrio, 2005; González, 2006).

Tomando en cuenta este punto, se describirá la semiología de un episodio depresivo según las diferentes etapas del desarrollo en la que el niño se encuentre.

Depresión del bebé y del niño pequeño: La sintomatología más evidente ha sido descrita por autores como Spitz (1946) y Bowlby (1958), quienes han observado las diversas reacciones que presenta un niño que se encuentra en un estado de carencia afectiva grave, tales como periodos de lloriqueo seguidos por estados de retraimiento y de indiferencia. A pesar de que estas reacciones de profunda angustia cada vez son menos frecuentes, todavía se pueden encontrar cuadros de *depresión anaclítica* u *hospitalismo* según lo descrito por estos autores (Marcelli, 2007). Otros autores, han denominado a la sintomatología depresiva en esta etapa como *depresión sensorio motriz* (Shaffi, 1997), *depresión precoz* (Rodríguez Sacristán, 1995), o *depresión del niño pequeño y de edad pre escolar* (Greenspan, 1994; citado en Rodríguez Sacristán, 2000).

Sin embargo, las reacciones depresivas debidas a carencias afectivas parciales (ausencias breves pero repetidas, imágenes maternas múltiples, madre también depresiva) o a la inadecuación en la interacción madre-hijo, suelen ser más frecuentes. Cuanto más pequeño es el niño, más se presenta la sintomatología en el ámbito de las conductas psicósomáticas como anorexia y trastornos del sueño. Cabe citar también los episodios diarreicos, las afecciones dermatológicas como eccemas o alopecia; y las afecciones respiratorias como el asma (Bermúdez y Bermúdez, 2006; Marcelli, 2007).

Depresión del niño en edad preescolar: En esta etapa, suelen ocupar el primer plano las alteraciones conductuales como el aislamiento y retraimiento, pero lo que se observa con mayor frecuencia es la agitación, la inestabilidad, las conductas autoagresivas y heteroagresivas; y la autoestimulación prolongada, especialmente las

conductas masturbatorias crónicas y compulsivas. Se observa también una búsqueda afectiva intensa que alterna con actitudes de arrogancia, negativas a relacionarse, cólera y violencia al menor rechazo. A veces se dan cambios de humor, con alternancia de estados de agitación eufórica y luego de llanto silencioso (Méndez, 2001).

En general, las adquisiciones sociales propias de esta edad están alteradas, no hay juego con los otros niños, ni autonomía en los hábitos de la vida cotidiana como vestirse o asearse. Los trastornos somáticos son habituales, trastornos del sueño, del apetito, onicofagia, enuresis y en ocasiones también encopresis intermitente. En relación con el adulto, la sensibilidad a las separaciones puede ser extrema, y la demanda de atención es intensa, imposibilitando la autonomía del niño. Es común que el niño busque sin cesar agradar o complacer al adulto. En estas condiciones, la inserción al pre escolar suele ser complicada o imposible, dado que el niño no soporta la incorporación al grupo infantil y necesita una relación dual (Bermúdez y Bermúdez, 2006; Marcelli, 2007; The Harvard Mental Health Letter, 2002).

Depresión del niño en edad escolar: En esta etapa, los niños suelen mostrar un estado de ánimo de tristeza y manifestar encontrarse aburridos la mayor parte del tiempo. Pueden exteriorizar su depresión a través de quejas vagas de malestares físicos, así como en el aislamiento y en conductas agresivas. Tienden a estar pendientes de sus padres, culpabilizarse por sentir que los están decepcionando y evitar el contacto con nuevas personas y retos. (Bermúdez y Bermúdez, 2006; Rodríguez Sacristán, 2000; The Harvard Mental Health Letter, 2002)

Una de las manifestaciones de la depresión en esta etapa que resulta más resaltante, es la elevada preocupación por el trabajo escolar, es común observar que los niños se muestren desmotivados, que presenten miedo al fracaso escolar y que disminuya su rendimiento. Así mismo, se puede observar un incremento en la irritabilidad, las peleas y discusiones en el aula. Como consecuencia de ello, estos niños presentan una baja autoestima y suelen ser muy críticos con ellos mismos, por lo que muchas veces tienen conductas y expresiones de autodesprecio (Bermúdez y Bermúdez, 2006; Méndez, 2001).

Muchas veces presentan dificultades para conciliar el sueño, pueden presentarse síntomas como enuresis o encopresis, que los llevan a experimentar sentimientos de culpa, así como manifestaciones de trastornos de ansiedad. Por otro lado, es a partir de esta etapa que comienzan a aparecer las ideas, planes e intentos de suicidio. (Adrianzén, 2001; Méndez, 2001).

Depresión del adolescente: La depresión en el adolescente es muy frecuente y se encuentra vinculada a las modificaciones psicoafectivas propias de esta edad. Es común que en esta etapa, los síntomas de la depresión se confundan con las características propias de la edad, por lo que muchas veces los adolescentes no reciben un diagnóstico apropiado (Rodríguez Sacristán, 2000).

En esta etapa, la depresión se manifiesta a través de decaimiento, aislamiento e introversión. Los adolescentes suelen verse molestos más que tristes, no logran comunicarse, se muestran hipersensibles a la crítica y generalmente incómodos con la presencia de sus padres y otras personas; suelen expresar su depresión mediante conductas delictivas o riesgosas, mientras que otros pueden manifestar los síntomas de una depresión tal como ocurre en el adulto, con ansiedad, pánico, culpa y sentimientos de desesperanza (Bermúdez y Bermúdez, 2006; Marcelli, 2007). De igual manera, adquieren relevancia los aspectos cognitivos como el disgusto por la imagen corporal, el propio desempeño y la visión pesimista del futuro. Existe abundancia de pensamiento catastrófico, por lo que es el periodo en el que hay mayor frecuencia de conductas e ideación suicida (Bermúdez y Bermúdez, 2006).

Los episodios depresivos aparecen a veces en el transcurso de un acontecimiento que tiene valor de pérdida o de duelo (separación de los padres, muerte de algún familiar), o bien puede tratarse de acontecimientos que para el adulto no tienen un valor significativo (mudanza, muerte de una mascota, alejamiento de algún amigo). Estos episodios sobrevienen progresivamente, pero en el comportamiento del niño se da una modificación si se le compara con la situación anterior al acontecimiento (Marcelli, 2007).

Más allá de las diferencias que se encuentran en las características de la depresión según el periodo evolutivo en el que ésta se presente, se han realizado múltiples esfuerzos por agrupar la sintomatología más característica y establecer categorías diagnósticas, siendo el criterio más utilizado el del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*.

Actualmente el DSM-IV-TR (2002) utiliza esencialmente los mismos criterios diagnósticos para diagnosticar un episodio depresivo mayor en niños, adultos o ancianos, con dos excepciones. En primer lugar, el estado de ánimo predominante ha sido modificado en niños y adolescentes para permitir la inclusión del síntoma de irritabilidad como equivalente depresivo en jóvenes, mientras que en adultos y ancianos la irritabilidad no se considera un criterio diagnóstico específico. En segundo lugar, en

vez de mantener una adherencia estricta al criterio de pérdida de peso para niños y adolescentes, y dado que se espera que un niño o adolescente con un desarrollo normal seguirá creciendo a lo largo de la mayor parte de la adolescencia, el DSM especifica que un paciente pediátrico puede presentar el criterio de falta de apetito y alteración del peso por no alcanzar el peso y la altura esperados normalmente. El resto de criterios operativos de la depresión mayor son idénticos para adultos y jóvenes (Shaffer y Waslick, 2003).

Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM, para realizar el diagnóstico de episodio depresivo mayor, se requiere al menos un episodio en el cual el niño presente 5 o más de los siguientes síntomas, incluyendo uno de los dos primeros, por un mínimo de dos semanas:

1. Estado de ánimo deprimido o irritable
2. Una marcada disminución del interés o placer en actividades
3. Pérdida o ganancia del apetito y/o del peso
4. Insomnio o hiper insomnio
5. Agitación o retardo psicomotor
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa
8. Capacidad disminuida para pensar o tomar decisiones
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o un intento o planificación suicida.

De igual manera, el diagnóstico de distimia se da cuando el estado de ánimo deprimido o irritable se encuentra presente la mayoría de los días, por un año o más y está acompañado de al menos uno de los síntomas principales. (Chrisman, Egger, Compton, Curry y Goldston, 2006).

Existen quienes a pesar de no llegar a cumplir con todos los criterios que propone el DSM IV TR (APA, 2002) para ser considerado un cuadro de depresión mayor o distímico presentan sintomatología depresiva, lo cual que los hace vulnerables a desarrollar cualquiera de estos trastornos clínicos (Rodríguez, 2008).

A pesar de existir múltiples estudios sobre depresión en niños (Al Balhan, 2006; Chrisman, et al. 2006; Haquin, Larraguibel y Cabezas, 2004; Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo-Arias, 2004; Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno; 2006), aún no se llega a comprender los motivos por los cuales algunos niños desarrollan depresión y otros no. Lo que queda claro, es que no es posible hablar de una única causa

de la depresión, ya que como ocurre en la mayor parte de alteraciones psicológicas, hay una pluralidad de elementos que confluyen en el desencadenamiento del problema.

Dentro de los factores que parecen influir en la presencia de la sintomatología depresiva, se pueden mencionar factores personales o biológicos, ambientales y acontecimientos vitales, entre otros.

Dentro de los factores biológicos, se puede señalar el correlato genético que se encuentra en niños con padres deprimidos, ya que el riesgo de desarrollar depresión es mucho más elevado en esta muestra que en el resto de la población. De acuerdo con algunos reportes, más del 50% de niños cuyos padres presentan una historia de un trastorno depresivo mayor, presentan un episodio de depresión antes de cumplir 20 años (The Harvard Mental Health Letter, 2002). Estudios de alto riesgo hallaron de manera consistente que los descendientes de padres con trastornos del estado de ánimo presentaban tasas más altas de inicio de los mismos en la infancia y en la adolescencia, en comparación a sujetos control (Del Barrio, 2008). Por otra parte, estudios con muestras de gemelos adolescentes confirman la existencia de mayores tasas de concordancia para los trastornos depresivos en gemelos monocigóticos que para los gemelos bicigóticos o hermanos no gemelos (Rodríguez Sacristán, 2000; Shaffer y Waslick, 2003).

Otro factor biológico encontrado, es una asociación entre depresión infantil y la desregulación en la secreción de la hormona del crecimiento, la cual presenta una anomalía en el ritmo de su secreción durante el sueño. Lo mismo ocurriría con la hormona tiroxina y melatonina (Kutcher, Malkin et al., 1991; citado en Del Barrio, 2005). Así mismo, los estudios sobre neurotransmisores han encontrado que algunos niños que presentan depresión muestran una desregulación de la función central serotoninérgica (Bermúdez y Bermúdez, 2006), así como mayores tasas de cortisol (Del Barrio, 2005).

Por otro lado, existen pruebas preliminares de alteraciones cerebrales regionales en jóvenes con depresión. Por ejemplo, los adolescentes con depresión parecen presentar un volumen del lóbulo frontal reducido en comparación con sujetos sanos (Steingard, Yurgelun, Hennen, Moore, Vakili, Moore, Young, Katic, Beardslee y Renshaw, 2000).

Otras pruebas sugieren que una falta del sueño fisiológicamente necesario puede conducir a alteraciones del estado de ánimo y del rendimiento ejecutivo en jóvenes (Del Barrio, 2008). Parece probable que el inicio de la depresión mayor se acompañe de un

estado fisiológico en el cual tiene lugar una alteración de los patrones de sueño (con frecuencia caracterizados por un insomnio relativo). En un estudio realizado por Emslie y Mayers (2001), se observó que la alteración de la fisiología del sueño podría constituir un marcador en el aumento de la probabilidad de recurrencia en la depresión después de la recuperación.

En cuanto a la personalidad, se han realizado estudios que vinculan un determinado tipo de temperamento con una mayor probabilidad de poseer sintomatología depresiva. Se ha encontrado que los niños *introvertidos*, poco sociables y retraídos corren más riesgo de presentar depresión que aquellos *extrovertidos* (Hills y Argyle, 1998; citados en Del Barrio, 2000). Otra de las características de la personalidad a tomar en cuenta se relaciona con los criterios planteados por Eysenck (1972); algunos estudios han encontrado que los sujetos que presentan un alto nivel de neuroticismo también presentan una mayor tendencia a desarrollar depresión (Del Barrio, 2000; Méndez, 2001; Fisher, 1993 y Del Barrio, 1997; citados en González, 2005). En el caso de que un niño reúna estas dos condiciones presentará un mayor riesgo de padecer depresión.

Más allá de la vulnerabilidad biológica que pueda presentar el niño, existen ciertas circunstancias que incrementan el riesgo de generar una depresión. Estos acontecimientos toman mayor importancia si es que están íntimamente ligados a la familia nuclear, ya que ésta se encarga de condicionar y mediatizar la mayor parte de aprendizajes que un ser en desarrollo lleva a cabo. Desde un punto de vista psicológico, el niño necesita que su familia le brinde cariño y control. Cualquier situación familiar que prive al niño de esto puede tener consecuencias negativas en varios órdenes. En este terreno, los problemas de los padres, la relación de apego, el clima familiar y la ruptura de la familia son los factores más estudiados en relación con la depresión infantil (Rodríguez Sacristán, 2000).

Entre los problemas de los padres, se encuentran aquellos que tienen que ver con su salud física y mental. Cualquier tipo de conflicto en ésta área se traduce en una dificultad para llevar a cabo las funciones de crianza. Como se ha mencionado anteriormente, más allá de la vulnerabilidad biológica que representa la presencia de un trastorno mental (especialmente de tipo depresivo), se encuentra que los padres depresivos suelen restringir todo tipo de refuerzos, brindan menor atención a sus niños, tienen menos actividades lúdicas, menor interacción verbal y demostraciones de cariño,

lo cual incrementa el riesgo de presentar depresión en estos niños (Del Barrio, 2008; Marcelli, 2007).

Siguiendo la misma línea, los estudios realizados sobre la relación de apego, han encontrado que en aquellos casos donde no ha existido un vínculo afectivo o que han establecido un vínculo de tipo inseguro, presentan mayor retraimiento e inseguridad emocional (Ainsworth, 1971; citado en González, 2005; Kobak et al., 1992 y Steinhausen y Reitzle, 1996; citado en Del Barrio, 2005). Existen estudios experimentales que muestran cómo las madres pueden inducir en sus hijos conductas depresivas manteniéndose en silencio y con cara inexpresiva ante los intentos de comunicación del niño. Por el contrario, las madres que interaccionan y contestan con vocalizaciones y caricias producen movimientos de alegría y excitación en sus hijos (Tronick, 1978; citado en González, 2005).

Se ha comprobado que la carencia de afectividad es uno de los aspectos más ligados a la depresión en niños. Un niño que no se siente querido, apoyado, admirado o en otras palabras, psíquicamente protegido, puede desarrollar muy diversos tipos de problemas en los que se incluye la depresión (Hammen, 1993; citado en Del Barrio, 1990).

Otro factor de riesgo que se encuentra es la muerte o el divorcio de los padres, o el establecer una mala relación con ellos. Algunos estudios han encontrado que las malas relaciones familiares aparecen en el 15% de familias normales, mientras que se encuentran presentes en el 51% de los niños u adolescentes deprimidos (Aseltine et al., 1994; citado en Del Barrio, 2005). En ocasiones, el desencadenante de las malas relaciones son las excesivas expectativas de los padres, que someten a sus hijos a una presión inadecuada o las actitudes represivas que impiden a los niños desarrollar su propia autonomía (The Harvard Mental Health Letter, 2002).

En relación al divorcio, se ha encontrado que un porcentaje significativo de casos de depresión infantil proceden de hogares rotos; sin embargo, se sabe que existe un riesgo mayor en aquellos niños que forman parte de familias con un alto grado de conflictividad conyugal (Méndez, 2001). En una investigación realizada en España (Pons y del Barrio, 1992; citado en Del Barrio, 2008) se encontró que la sintomatología depresiva era mayor en niños que venían de hogares con familias separadas que mantenían malas relaciones entre sí, que en niños de hogares rotos.

Algunos estudios hallaron que los niños cuyos padres se habían divorciado presentaban mayores índices de depresión, ansiedad y conductas antisociales que

aquellos niños cuyos padres se mantenían unidos (Strohschein, 2005). Otro estudio indica que las niñas suelen verse más afectadas que los niños, y que esto se incrementa sobre todo en el caso en el que la madre vuelve a contraer matrimonio (Rogers, 1994; citado en Del Barrio, 2005).

Por otro lado, se sabe que la escuela representa para los niños el entorno más cercano después de la familia. La competencia social e intelectual son elementos que se encuentran presentes en la vida de todo niño, por lo que existen múltiples investigaciones que vinculan el bajo rendimiento escolar con la depresión (The Harvard Mental Health Letter, 2002).

Es aceptado que los componentes cognitivos del síndrome depresivo dificultan extremadamente el mantenimiento de un nivel académico normal. Generalmente los niños con depresión experimentan dificultades para concentrarse y prestar atención, y manifiestan una pérdida de la energía y motivación requeridas para el éxito académico, lo que hace que el rendimiento escolar premórbido sea cada vez más difícil de mantener. Otros autores suponen que primero se produce un descenso del rendimiento, lo cual genera la depresión (Shaffer y Waslick, 2003). Es por esto que se ha optado por adoptar una perspectiva mixta y aceptar que en ocasiones es el descenso escolar el factor de riesgo de la depresión, y en otras es la depresión el desencadenante del descenso académico (Del Barrio, 2005). Siguiendo la misma línea, se ha encontrado que la depresión clínica es uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre la población de niños y adolescentes que se niegan a ir al colegio (Shaffer y Waslick, 2003).

Finalmente, fuera el entorno familiar, se dan una serie de acontecimientos vitales que constituyen otro de los factores constantemente ligados a la aparición de la depresión tanto en adultos como en niños. El carácter evolutivo de los niños también se aprecia en la distinta vulnerabilidad ante los acontecimientos en las diferentes etapas de la vida. A un niño pequeño (0 a 6 años), le afectan los acontecimientos que ocurren en el seno familiar (separación o la pérdida de algún padre, el abandono, el abuso y todo aquello que esté relacionado directa o indirectamente con la relación de apego), Los niños de edad media (7 a 12 años), empezarán a ser más sensibles a los acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar, interacción con los compañeros, la competencia en el juego y la pertenencia a un grupo; mientras que los adolescentes muestran una mayor vulnerabilidad ante la transformación corporal y personal, el

cambio en las relaciones con los padres y amigos, las relaciones de pareja, el rol social, etc. (Del Barrio, 2005).

Sintomatología depresiva en niños trabajadores

El trabajo infantil es una problemática de la cual se ha ido tomando mayor conciencia en los últimos años. Para ello, diversas instituciones se han encargado de realizar investigaciones, así como intervenciones, con la finalidad de lograr su erradicación. Sin embargo, la mayoría de las aproximaciones que se han realizado al respecto giran en torno a las consecuencias económicas y sociales del trabajo infantil, así como los efectos en la salud física de estos niños.

Es difícil pensar que el abuso, la falta de descanso y de tiempo para jugar, el distanciamiento de las familias, la exposición a daños físicos, la falta de escolaridad, la situación de pobreza, etc. (IPEC, 2009); todas ellas asociadas al trabajo infantil, no traen consigo serias consecuencias en el desarrollo del niño, las cuáles además afectan directamente en la salud mental de los mismos.

En un estudio realizado en Argentina como parte de la Jornada de Protección a la Niñez, se encontró que las adicciones, enfermedades de transmisión sexual y depresión eran las principales afecciones detectadas en los niños y adolescentes trabajadores (CONICET, 2007). De igual manera, un estudio de enfoque cualitativo llevado a cabo por la OIT y el Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala (INE) identificó consecuencias importantes del trabajo infantil en las vidas de los niños. Tomando como fuente el propio discurso infantil, se logró observar consecuencias psicológicas, como depresión, ansiedad y pobre autoestima; efectos que se atribuían principalmente al hecho de asumir responsabilidades a temprana edad y a la realización de labores de alto riesgo. (IPEC, OIT e INE, 2003; citados en Del Rio y Cumsille, 2008). Del mismo modo, en un estudio realizado en Guatemala, en el que se evaluó a 43 niños trabajadores y a 43 niños de igual condición socioeconómica que no realizaban ningún tipo de trabajo, utilizando el inventario de Autoestima de Coopersmith, el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y una entrevista con preguntas abiertas; se encontró que los niños trabajadores presentaban mayores signos de depresión e índices significativamente altos de baja autoestima, en comparación a los niños que no trabajaban (Baessa, 2008).

De igual manera, algunos estudios exploratorios en nuestro medio, han encontrado que los niños trabajadores experimentan emociones negativas asociadas a su

condición. Por ejemplo, en un estudio de Silva (2008) en el que se aplicó una encuesta sobre actitudes y comportamientos hacia el trabajo infantil, así como un dibujo proyectivo a 384 niños trabajadores entre 8 y 17 años de edad en 4 departamentos del Perú; se encontró que un 62,7% de los niños de la muestra presentaban tristeza, depresión, cólera, ansiedad, nerviosismo, preocupación, apatía y aburrimiento; siendo las mujeres las que reportaron mayor malestar (68,3%) en comparación a los hombres (57,5%). Así mismo, un 84,9% de niños reportaron algún tipo de peligro para la integridad física, emocional y moral tales como enfermedades, accidentes o muerte, abuso y acoso sexual, secuestros, robos, asaltos y estafas.

En otra investigación exploratoria realizada por Castro (1998) en el que se estudió el ánimo básico que presentaban los niños y adolescentes trabajadores, a partir de una entrevista creada tomando como guía un listado de pruebas psicológicas e instrumentos de clasificación; se encontró que un 50% de los niños presentaba sintomatología de tipo psicosomático y que un 22,5% presentaba sintomatología de carácter depresivo; 42,8% de ellos con ideación o intento suicida. En este mismo estudio, al evaluarse la autoestima de los niños, se halló que más de la mitad de los participantes (58,7%) presentaba indicadores de baja autoestima. Estos resultados concuerdan con la investigación de Silva, quién encontró que en el departamento de Lima el 75,8% de la muestra presentaba baja autoestima.

A pesar de que no se ha realizado un estudio que haya medido específicamente la presencia de sintomatología depresiva en niños trabajadores en el Perú; a partir de los resultados presentados anteriormente, así como los datos obtenidos en la bibliografía acerca de los factores de riesgo para presentar depresión en la infancia, tales como las separaciones de los familiares, pérdidas o situaciones de abandono, experiencias de abuso, situaciones que generan un gran estrés en la familia e influyen directamente en el niño como la pobreza extrema, etc. (Del Barrio, 2005); todas presentes los niños trabajadores, se puede pensar que esta población se encuentra en un alto riesgo de presentar este trastorno.

Como se ha mencionado a lo largo del marco teórico, debido a las características sociales, económicas y familiares que tienen estos niños, existe un alto porcentaje de niños trabajadores que se encuentran en situación de riesgo, no solo físico sino también social y mental. Se asocian al trabajo infantil, consecuencias como abuso de sustancias (incluyendo la dependencia a la nicotina), embarazo adolescente, bajo rendimiento académico, conductas antisociales, mal funcionamiento interpersonal, etc. las cuáles se

relacionan también con el trastorno depresivo (Molina, Tomas, Saté y Baeza, 2000). Esto resulta aún más preocupante si es que se toma en cuenta que existe un elevado riesgo de conducta suicida y que de encontrarse este trastorno presente en estos niños, el peligro de padecer estas consecuencias se vería incrementado, ya que estos problemas persisten más allá de la remisión del trastorno. Además las consecuencias son más graves al presentarse en una etapa de la vida donde la maduración y desarrollo de las capacidades mentales superiores y de adquisición de destrezas y habilidades están en efervescencia (Adrianzén, 2001).

Planteamiento del problema

El término *trabajo infantil* suele ser definido como el trabajo que priva a los niños y adolescentes de su infancia, su potencial y su dignidad, y que es nocivo para su desarrollo físico y mental; en sus formas más extremas, implica niños que son esclavizados, separados de sus familias, expuestos a graves riesgos y enfermedades y/o abandonados a valerse por sí mismos en las calles, a menudo a muy temprana edad (IPEC, 2009).

En el 2001, más de la cuarta parte de niños y adolescentes del país, estaba desarrollando una actividad económica; esta población se encuentra en riesgo elevado ante los efectos relacionados con el trabajo, tales como consecuencias sociales, morales, físicas, psíquicas y económicas que afectan su desarrollo (INEI, 2002; IPEC, 2009).

En algunos estudios elaborados en nuestro medio, en los cuáles se indagó sobre el componente emocional que acompaña al trabajo infantil se encontró que las vivencias de estos niños sobre su realidad como trabajadores eran básicamente negativas dado que el 84,9% manifestaba presentar sentimientos de tristeza, depresión, cólera, ansiedad, nerviosismo, preocupación, apatía y aburrimiento. Estos niños reportaron diversos tipos de peligros para la integridad física, emocional y moral; tales como enfermedades, accidentes o muerte, abuso y acoso sexual, secuestros, robos, asaltos y estafas. Así mismo, la mayoría de estos niños manifestaba no tener tiempo suficiente para poder estudiar y tener actividades recreativas. (Castro, 1998; Silva, 2008).

Es a partir de este marco, que surge el interés por conocer si es que en la población de niños trabajadores se puede detectar la presencia de sintomatología depresiva, y de ser así identificar la severidad de ésta; ya que se ha encontrado que los niños trabajadores se encuentran en un mayor riesgo de presentar problemas

psicológicos, entre ellos trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Fekadu, Alem y Hagglof, 2006).

Diversos investigadores han encontrado que la depresión en niños está asociada a múltiples dificultades en el funcionamiento habitual, particularmente en el área social (Kovacs y Goldston, 1991; citados en Del Barrio, 2008; Luby et al, 2002). Además, los niños y adolescentes que sufren de depresión también presentan un riesgo mayor a presentar conductas suicidas (Goldston, et al. 1999; Kovacs, Goldston y Gastonis, 1993; Pfeffer, et al., 1993 citados en Chrisman, et al.2006). Así mismo, se ha encontrado un aumento en el abuso de sustancias ilegales en jóvenes que presentan depresión (Waslick, Kandel y Kakouros, 2003). La mayoría de estas conductas asociadas a la depresión infantil, también son consideradas como parte de las consecuencias del trabajo en la infancia (IPEC, 2009); es así que resulta relevante estudiar la presencia de sintomatología depresiva en esta población con la finalidad de evaluar el riesgo de que estos niños presenten conductas como las mencionadas anteriormente.

Ante lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva existentes en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a los colegios del programa Proniño en Lima Metropolitana?

Los objetivos planteados son:

Objetivo general

- Comparar los niveles de sintomatología depresiva en niños trabajadores que asisten a los colegios del programa Proniño en Lima Metropolitana, con los niveles de la misma, que presentan niños no trabajadores con igual condición socioeconómica.

Objetivos específicos

- Describir los niveles de sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a los colegios del programa Proniño en Lima Metropolitana.
- Determinar los niveles de riesgo y no riesgo para presentar un cuadro depresivo que presentan los niños trabajadores y no trabajadores de la muestra.
- Determinar si existen diferencias entre los niveles de sintomatología depresiva en la muestra de acuerdo a las variables psicosociales controladas (condición

laboral, edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de trabajo, tipo de trabajo, personas con la que vive, etc.)



CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

El presente estudio es descriptivo, ya que el interés se encuentra en evaluar una variable para así poder mostrar con precisión las dimensiones asociadas a ella. En este caso, se pretende conocer los niveles de sintomatología depresiva en una muestra de niños trabajadores que asisten a los colegios del programa Proniño en Lima Metropolitana y compararlo con niños con características similares pero que no trabajan (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

El tipo de diseño de la presente investigación es no-experimental, ya que se busca observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (Hernández et al., 2006). Debido a que el propósito del estudio es describir una variable en un momento determinado y único, siguiendo los criterios de Hernández, et al. (2006) se utilizará un diseño transeccional.

Participantes

El universo de estudio estuvo conformado por los estudiantes que cursan de segundo a quinto grado de primaria en un colegio público de Lima Metropolitana. De este universo se extrajo una muestra de niños trabajadores y otro grupo de niños que presentaban las mismas características pero que no realizaban ninguna labor económica.

La población se encuentra constituida por 606 niños en total, de los cuáles 254 forman parte del programa Proniño y 356 cuentan con un nivel socioeconómico similar, pero no se encuentran realizando ninguna actividad laboral; todos estos niños asisten a un mismo colegio ubicado en un distrito del cono norte de Lima. De esta población, se tomó una muestra total de 194 niños.

Para esta investigación, se obtuvo los participantes a partir de un muestreo no probabilístico de tipo accidental, ya que la elección de éstos se dio a partir de la participación voluntaria de los niños que cumplieron con las características requeridas para los objetivos planteados para el estudio (Kerlinger y Lee, 2001).

Los criterios para conformar parte de la muestra incluían los siguientes criterios:

- Tener entre 6 y 10 años.

- Asistir a un colegio que se encuentre coordinado por CESIP, donde funcione el programa Proniño.
- Encontrarse cursando segundo, tercero, cuarto o quinto grado de primaria.
- Haber llenado correctamente la encuesta sociodemográfica.
- Que los padres de los niños hayan firmado un consentimiento informado.

En total, 69 sujetos fueron eliminados; algunos de ellos, por no haber completado correctamente el cuestionario o no haber llenado los datos mínimos necesarios para ser considerados óptimos para formar parte de la muestra. Otros, fueron eliminados por haber excedido la edad establecida para formar parte de la muestra o porque no podían consignarse dentro de la categoría *niños trabajadores* o *niños no trabajadores*, puesto que realizaban actividades que podrían ser consideradas como *trabajo ligero*.

La muestra para la presente investigación estuvo constituida por 194 niños provenientes de un colegio público de Lima. Del total de la muestra, el 55,2% (107) se encontraba realizando algún tipo de trabajo considerado como “trabajo peligroso” y el 44,8% (87) no se encontraba realizando ningún tipo de trabajo. Con respecto al sexo de los niños de la muestra, se vio que el 44,8% (87) fue de sexo masculino y el 55,2% (107) femenino. A continuación, se presenta la distribución de los datos socio demográficos obtenidos en la encuesta:

Tabla 1
Edad de los niños, año que se encuentran cursando y repitencia

		Muestra de niños trabajadores		Muestra de niños no trabajadores	
		f	%	f	%
Edad	6 años	6	5,61	4	4,55
	7 años	16	14,95	15	17,05
	8 años	29	27,10	31	35,23
	9 años	33	30,84	23	26,14
	10 años	23	21,50	14	15,91
Año que cursa	Segundo grado	18	16,82	8	9,09
	Tercer grado	36	33,64	39	44,32
	Cuarto grado	30	28,04	23	26,14
	Quinto grado	23	21,50	17	19,32
Repitencia	No	90	84,11	87	98,86
	Sí	17	15,89	9	1,23
Total		107	100	87	100

Como se observa en la Tabla 1, la muestra total de niños trabajadores se encuentra compuesta en su mayoría por niños de 9 (30,84%) y 8 años de edad (27,10%); encontrándose resultados similares en la muestra de niños no trabajadores, donde la

mayoría de niños tiene 8 años de edad (35,23%), seguidos de los niños que tienen 9 años (26,14%).

En cada una de las muestras, se halló que la mayoría de los niños se encontraban cursando el tercer grado de primaria, viéndose que un 33,64% (36) de los niños trabajadores y un 44,32% (39) de los niños no trabajadores se encontraba en este grado.

Con respecto a la repitencia hallada en la muestra, se observa que un 84,11% (87) de niños trabajadores nunca han repetido, mientras que el 15,89% (17) lo ha hecho alguna vez. En el grupo de los niños que no trabajan, se encuentra que un 98,86% (87) de los niños nunca ha repetido y un 1,23% (9) lo ha hecho alguna vez.

Tabla 2
Composición Familiar

Tipo de Familia	Muestra de niños trabajadores		Muestra de niños no trabajadores	
	f	%	f	%
Nuclear	31	28,97	37	42,53
Reconstituida	17	15,89	6	6,90
Extensa	37	34,58	32	36,78
Monoparental	6	5,61	5	5,75
Extensa sin uno o sin los dos padres	16	14,95	7	8,05
Total	107	100.00	87	100.00

Como se observa en la tabla anterior, se observa que en la muestra de niños trabajadores, la mayoría de los niños vive en familias extensas (34,58%) y en la muestra de niños no trabajadores, la mayoría de estos niños vive en familias nucleares (42,53%). Estos resultados nos indicarían que estos niños viven en su mayoría con ambos padres y en caso contrario, viven con sus padres y con otros familiares como abuelos, tíos y primos.

En la Tabla 3, se presentan los tipos de trabajo que realizan los niños de la muestra. Se encontró que la mayoría de los niños 38,3% (41) realizan trabajos relacionados a la venta de productos, en la mayoría de los casos de manera ambulatoria. Por el contrario, los trabajos en los que menos participan los niños son los de transporte con 2,8% (3) y reciclaje con 5,6% (6) respectivamente.

En cuanto a la remuneración, se encontró que en el 90,7% (97) de los casos, los niños reciben algún tipo de remuneración, aunque muchas veces no es de tipo económica, ya que ésta se puede dar con alimentos, ropa u otro tipo de producto.

Tabla 3
Tipo de trabajo y remuneración recibida

Tipo de trabajo	f	%
Cocina	10	9,3
Venta	41	38,3
Mercado	11	10,3
Trabajo doméstico	16	15
Negocio familiar	8	7,5
Construcción	12	11,2
Transporte	3	2,8
Reciclaje	6	5,6
Remuneración		
No	10	9,3
Si	97	90,7
Total	107	100,0

Con respecto a la edad en la que los niños comenzaron a trabajar, como se muestra en la siguiente tabla, existen dos picos en las edades d inicio, siendo éstos los 5 y los 7 años, ambas con un 25,5% (26). La edad de inicio más temprana es a los 3 años de edad, encontrándose que un 4,9% (5) pertenece a este grupo. Finalmente, el grupo de niños que se ha iniciado en una labor económica de manera “tardía” representa el 2,0% (2) de la muestra, siendo el grupo más pequeño y consignando como edad de inicio los 10 años.

Tabla 4
Edad en la que se iniciaron en el trabajo

	F	%
3 años	5	4,9
4 años	6	5,9
5 años	26	25,5
6 años	18	17,6
7 años	26	25,5
8 años	13	12,7
9 años	6	5,9
10 años	2	2,0
Total	102	100

Finalmente, se encontró que la mayoría de los niños trabajadores de la muestra se sentía a gusto con la labor que realizaba, hallándose que el 48,6% (52) de los casos manifestaban sentirse *muy contentos* con su trabajo y un 35,5% (38), expresaba que *la mayor parte del tiempo* se encontraba contento con su trabajo.

Instrumentos

Encuesta Sociodemográfica

Para la presente investigación se utilizó una encuesta sociodemográfica que brinda datos relevantes para los análisis de la información recibida. Los datos reportados son: edad, sexo, año de escolaridad, actividad económica que se encuentran realizando, remuneración por la actividad económica que realizan, satisfacción con la actividad laboral que realizan y personas con las que vive (Anexo A).

Inventario de depresión para niños de M. Kovacs (CDI)

El inventario de depresión para niños de María Kovacs (CDI), publicado en 1983, fue creado a partir de la necesidad de desarrollar un instrumento de investigación basado en el auto reporte de síntomas depresivos en niños. Este instrumento se elaboró a partir de un trabajo de adaptación de el *Inventario de Depresión de Beck* (Beck, 1967), considerando que este modelo de investigación utilizado en la población adulta, brindaba resultados destacables en la medición de este desorden.

Para su construcción, en 1975 se realizó un estudio piloto en dos grupos de niños, uno conformado por población normal (10-15 años) y otro por pacientes hospitalizados. Se administró la escala de Beck y se solicitó a cada examinado una opinión sobre cómo deberían ser redactados los ítems en función de ser “claro para los niños”. Como resultado de dicho estudio, el contenido de los 20 ítems fue conservado en su esencia y solo un ítem (sobre interés sexual) fue remplazado por un ítem sobre sentimientos de soledad, añadiéndose 5 ítems referidos al desempeño escolar y social.

Posteriormente se realizó un análisis semántico y conceptual de cada ítem, agregando un ítem más relacionado al auto reproche y la culpa. Esta versión fue administrada a niños admitidos en un hospital psiquiátrico y otro grupo de niños “normales” con edades entre 8 y 13 años. Los resultados permitieron una nueva versión del CDI, en donde algunos ítems fueron remplazados por otros que presentaban mayor validez y mostraban ser más apropiados para la comprensión del niño; también se modificó el formato de los ítems, disminuyéndose el número de alternativas a 3.

Luego, en el año 1977 el CDI pasó a ser revisado por psiquiatras con el objetivo de recoger críticas y sugerencias sobre las instrucciones y los ítems. Así, en base a los resultados del estudio piloto y del análisis de contenido, se obtuvo una versión final del CDI (1979), reformulado con el fin de garantizar una adecuada validez y amplitud del inventario, mostrando el mismo pocos cambios formales en relación al CDI inicial.

El CDI es un inventario de auto reporte que consta de 27 ítems que extraen datos sobre diferentes síntomas depresivos como disturbios en el humor, funciones vegetativas, experiencias de placer, autoconcepto y conducta interpersonal. Varios de los ítems estudian las consecuencias de este desorden en diferentes contextos importantes para el niño (por ejemplo, medio escolar o grupo de pares); y es capaz de discriminar a los niños que presentan síntomas de depresión mayor o distimia, de aquellos estudiantes “normales”, o que presentan otro tipo de trastorno psiquiátrico.

El instrumento puede ser aplicado a niños y adolescentes entre 7 y 17 años de edad y exige en ellos una comprensión de lectura básica. Cada ítem contiene un grupo de tres sentencias que describen una serie de manifestaciones de tipo depresivo, con un rango potencial del puntaje total de 0 a 54. Un puntaje mayor a 15 determinaría la presencia de indicadores depresivos en el niño.

Actualmente, a nivel mundial y particularmente en Latinoamérica, el CDI ha sido reconocido como uno de los instrumentos más efectivos y utilizados para medir sintomatología depresiva en la infancia; (Davanzo, Kerwin, Nikore, Esparza y Forness, 2004; Haquin, Larraguibel, Cabezas, 2004; Ladrón, Alcalde y de la Viña, 2000; Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo-Arias, 2004; Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno, 2006).

Es importante mencionar que se han realizado diversas adaptaciones de este instrumento y, para fines de esta investigación, se empleó la adaptación realizada por Ludmila Reátegui en 1994 (Anexo B), ya que es la versión que más se utiliza en las diferentes investigaciones de nuestro medio y que además cuenta con normas percentiles elaboradas a partir de una población “normal” de un nivel socioeconómico similar al de los niños de la presente investigación.

Para esta versión del CDI, se realizó un procedimiento de adaptación lingüística, luego del cual pudo ser aplicado a 570 niños, entre 7 y 17 años. La muestra estuvo distribuida en 3 grupos de niños “normales”, provenientes de 3 niveles socioeconómicos diferentes; un grupo de niños con problemas de aprendizaje y un grupo conformado por

población clínica, en el cuál se consideró a un grupo de niños diagnosticados con depresión y otro grupo con otro tipo de patologías.

Para el establecimiento de los baremos de la prueba, se realizó un estudio piloto con 120 niños entre 8 y 12 años, de un colegio nacional en San Martín de Porres. Estos resultados determinaron que aquellos niños que tenían puntajes entre 0 y 7 puntos presentaban un nivel *bajo* de sintomatología depresiva; los niños con puntajes entre 8 y 10 puntos presentaban un nivel *medio*, aquellos niños que obtenían puntajes entre 11 y 19 puntos presentaban un nivel *medio-alto* de sintomatología depresiva; y finalmente, aquellos niños que obtenían puntajes mayores a 20 puntos presentaban un puntaje *alto* de sintomatología depresiva.

Por otro lado, a partir de los estudios de validez, se pudo determinar que esta versión del CDI pudo discriminar entre el grupo de niños con depresión y el grupo de escolares, así como entre el grupo de niños con depresión y el grupo con otro diagnóstico psicopatológico. Se encontró una sólida validez concurrente al realizarse una correlación con otras medidas de depresión como con el “Child depresión scale”, con la escala de autoconcepto de Daniel-Piers, con el Inventario de personalidad de Eysenck para niños y con el rendimiento escolar; así mismo, se realizó una correlación con el diagnóstico clínico. De igual manera, se obtuvo una buena validez de contenido ya que las correlaciones ítem-test fueron altamente significativas, abarcando un rango desde el 0,19 hasta el 0,53.

Con respecto a la confiabilidad, el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach fue de 0,81 para la población total; de 0,80 para la muestra escolar y de 0,77 para la muestra clínica. Así mismo, se obtuvo una confiabilidad por el método de mitades partidas, obteniendo un coeficiente alfa significativo de 0,82 para la muestra escolar y de 0,80 para la muestra clínica. También se aplicó un análisis factorial por componentes principales para verificar la existencia de agrupaciones de ítemes o áreas independientes; encontrándose 8 factores para la muestra escolar, los cuáles explicaban el 51,5% de varianza. Finalmente, la correlación test-retest luego de 4 semanas de administrada la prueba, fue positiva y significativa entre ambas evaluaciones ($r= 0,84$, $p<0,001$).

En el Perú, se han realizado una serie de estudios sobre depresión en población infantil, utilizando como instrumento principal el CDI adaptado por Reátegui. Por ejemplo, Ramírez (2009) adaptó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para la zona urbana de Cajamarca. Para ello, realizó una adaptación lingüística y evaluó a una

muestra de escolares en dicho lugar. Sus resultados mostraron una confiabilidad y validez aceptable, así como diferencias significativas en función a variables medidas como grupo de edad e institución educativa.

En el 2002, Orbegoso buscó comparar autoconcepto y depresión en dos grupos conformados por niños clasificados como “obesos” y “no obesos”. Con esta finalidad, utilizó la escala de autoconcepto para niños de Mc Daniel-Piers y el CDI de Kovacs; encontrándose que no existían relaciones significativas entre obesidad y autoconcepto, ni entre obesidad y depresión.

En el 2005, Borisovna realizó un estudio que buscó determinar la relación entre el clima social en la familia y depresión en niños de 8 a 12 años, pacientes de una institución de salud mental. Para esta finalidad, aplicó el CDI a los niños y la escala de clima social de la familia (FES) a las madres de éstos, encontrando que existe relación, aunque no significativa entre el clima social en la familia y depresión en este grupo de niños. Ese mismo año, Wawrzysko realizó un estudio que buscaba determinar cómo se presentaba ansiedad, depresión y el funcionamiento familiar en niños víctimas de abuso sexual. Para ello, utilizó el inventario de ansiedad estado/rasgo para niños (STAIC), el inventario de depresión para niños (CDI) y la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (Fases III); encontrando que existen mayores puntajes de depresión en niños que han sufrido de abuso sexual que aquellos que no han atravesado por este tipo de abuso.

Previo al trabajo de adaptación de Reátegui, Luis Francisco Raffo realizó un trabajo de adaptación de este instrumento en 1991, para lo cual realizó un estudio de validez y confiabilidad siguiendo los criterios psicométricos propuestos por Maria Kovacs en el manuscrito original. En su investigación, buscó comparar los puntajes en el CDI entre un grupo de niños institucionalizados y dos grupos control.

Procedimiento

Las etapas de la presente investigación fueron las siguientes:

Contacto con los centros de estudio

En primer lugar, se contactó a las autoridades encargadas del programa Proniño, quienes a su vez nos pusieron en contacto con las autoridades de CESIP, con la finalidad de coordinar el acceso a los colegios del programa. A estos, se les indicó los objetivos de la investigación, y dichas autoridades aceptaron la realización de la

investigación en uno de sus centros educativos. Posteriormente, se realizó una carta dirigida al director del centro educativo y al coordinador de primaria, con la finalidad de explicar los objetivos de la investigación y pedir su colaboración; el día de la entrega de los consentimientos informados a los padres, se acordó una entrevista personal con el director del colegio en la cual se aceptó que se realizara la aplicación de la prueba.

Aplicación de los inventarios a la muestra

Se permitió la aplicación del instrumento a dos salones por cada uno de los grados requeridos para la investigación. Previamente, se habían entregado los consentimientos informados a los padres (Anexo C), por lo que el día de la aplicación se solicitó la devolución de los mismos a los profesores. Se pidió a cada uno de los maestros que nos brindaran 30 minutos de su clase para poder completar la ficha sociodemográfica y el instrumento; éstos se retiraron de sus respectivas aulas durante la aplicación de la prueba.

La aplicación de la prueba se acordó en dos fechas; en las mismas estaban presentes el investigador y otro psicólogo/a asistente con el fin de ayudar a los alumnos con cualquier pregunta que pudiera surgir.

El proceso de aplicación incluyó la presentación de la investigadora y de la asistente a los alumnos, así como la explicación de los objetivos de la investigación. Se aclaró que no había un tiempo límite para la resolución de la prueba y que era muy importante que se conteste cada una de las preguntas. Posteriormente, se procedió a repartir los cuadernillos con la prueba y la ficha sociodemográfica. Cuando todos los alumnos contaron con el cuadernillo, una de las evaluadoras se encargó de leer los tres primeros ítems de la prueba y se aseguró de que los niños hubiesen comprendido las indicaciones; luego de haber hecho esto, se les pidió a los niños que continúen con la resolución de la prueba y de la ficha sociodemográfica. En el caso de los niños de segundo grado de primaria, fue necesario leer todas las preguntas en voz alta debido a que no tenían una buena comprensión lectora.

En todas las aulas el tiempo promedio de conclusión del instrumento fue de 40 minutos, habiendo un rango mínimo de 20 minutos y uno máximo de 1 hora.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó de la siguiente manera:

- a) Determinación de la normalidad de las puntuaciones de la prueba: Se utilizó la prueba de Normalidad de Kolmogorov – Smirnov para verificar la distribución normal de las variables evaluadas, lo cual dio como resultado una distribución no paramétrica.
- b) Análisis psicométricos del Inventario de depresión infantil: Para determinar la confiabilidad del CDI, se realizó el análisis total de la prueba, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0,83, por lo que se puede decir que la prueba tiene una alta confiabilidad. Posteriormente, se calculó la correlación Ítem-test como una medida de la discriminación de los ítems, encontrándose que a excepción del ítem 12, el cuál presentó una correlación por debajo de 0,2, se encontró una adecuada correlación ítem-test corregida. A pesar de este resultado, se decidió conservar el ítem para no alterar la prueba en su conjunto (Anexo D).

De la misma manera, con la finalidad de obtener la validez de la prueba, se halló la validez de constructo a partir del test de Kaiser-Meyer-Olkin (K.M.O) y del test de esfericidad de Bartlett. Se encontró que la prueba era válida puesto que el K.M.O hallado fue de 0.79 y la prueba de esfericidad de Barlett se muestra significativa (0.00) para el puntaje total. El porcentaje de la varianza explicada para un solo factor fue de 20,67% (Anexo E).

- c) Análisis y descripción de los niveles de sintomatología depresiva en los niños de la muestra: Se realizaron análisis descriptivos como medias, frecuencias, porcentajes y desviaciones estándar, con la finalidad de describir las variables estudiadas.
- d) Análisis de comparación de medias y de contraste de hipótesis: con la finalidad de determinar las diferencias que se presentaban en los niños de la muestra, de acuerdo a las variables socio demográficas estudiadas en la investigación (edad, sexo, año de estudios, composición familiar, tipo de trabajo, etc.), se utilizó el estadístico U de Mann Whitney para hacer las comparaciones entre dos grupos y para comparar tres grupos a más, se utilizó el test de Kruskall Wallis. Esto, debido a que previamente se determinó que las distribuciones eran no paramétricas.
- e) Correlaciones entre las variables: Para hacer un análisis más detallado de la correlación que se podía encontrar entre el nivel de sintomatología depresiva y el reporte del grado de satisfacción que tenían los niños trabajadores con su trabajo, se realizó el análisis de las proporciones según estas variables, lo cual dio como resultado un valor de Chi Cuadrado.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

Nuestro propósito en el siguiente capítulo es mostrar los resultados de las variables mencionadas en los objetivos de la investigación: Comparar los niveles de sintomatología depresiva que presentan los niños trabajadores y no trabajadores de la muestra, describir, determinar los niveles de riesgo y no riesgo para presentar un cuadro depresivo que presentan estos niños comparando estos resultados con los obtenidos por niños con características similares pero que no trabajan; finalmente se busca determinar si existen diferencias entre los niveles de sintomatología depresiva en la muestra de acuerdo a las variables psicosociales controladas (condición laboral, edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de trabajo, tipo de trabajo, personas con la que vive, etc.)

Niveles de sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar depresión

A continuación, se analizará el nivel de sintomatología depresiva hallada en los niños de la muestra, así como los rangos con respecto a la misma en la que los niños se ubican. Finalmente, se determinará el riesgo de padecer depresión en los niños de la muestra.

Tabla 5
Nivel de sintomatología depresiva en la muestra

Trabaja	N	Media	D.E.	U	P
No	87	11,82	7,01	3 518,00	0,00
Sí	107	15,33	8,18		

* $p < 0.05$

A partir de los resultados presentados en la Tabla 5, y tomando en cuenta los criterios de referencia utilizados por Reátegui (1994) en una población similar a la de esta investigación; podemos observar que estadísticamente se encuentra una diferencia significativa en cuanto al nivel de sintomatología depresiva encontrada en los niños trabajadores de la muestra, en comparación a los niños que no trabajan. A pesar de que en ambos grupos los puntajes muestran un nivel de sintomatología depresiva *medio-alto*, podemos concluir que los puntajes encontrados en el grupo de niños trabajadores son más elevados que en el grupo de niños que no trabajan.

La media de sintomatología depresiva (con la desviación estándar entre paréntesis) hallada en la muestra de niños trabajadores fue 15,33 (8,18), con puntuaciones que variaron de 2 a 33 puntos. En el caso de los niños que no trabajan, se encontró que la media de la sintomatología depresiva fue de 11,82 (7,01) y que las puntuaciones variaron de 1 a 39 puntos.

En la Tabla 6 y 7 se ilustran las diferencias en el nivel de sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores, que previamente se mostraron en la Tabla 5.

Tabla 6
Frecuencia y porcentaje de los rangos de sintomatología depresiva

Trabaja	Nivel de sintomatología	Puntajes	f	%
No	Bajo	0-7	26	29,9
	Medio bajo	8-10	14	16,1
	Medio alto	11-19	36	41,4
	Alto	20-54	11	12,6
Sí	Bajo	0-7	18	16,8
	Medio bajo	8-10	16	15,0
	Medio alto	11-19	41	38,3
	Alto	20-54	32	29,9

Podemos observar que el porcentaje en cada rango de sintomatología depresiva es variado; sin embargo, la mayoría de los niños de la muestra, no trabajadores y trabajadores, se encuentra dentro del nivel *medio-alto*. En el caso de niños no trabajadores, vemos que un 41,1% (36) se encuentra dentro de este nivel; en el caso de niños trabajadores se encontró un 38,3% (41).

Para efectos de este trabajo y tomando en cuenta los rangos asignados en la versión adaptada por Reátegui (1994) del CDI, se ha definido dos grupos: uno de “No Riesgo” y uno de “Riesgo” para desarrollar un cuadro depresivo:

El grupo de “No Riesgo” se encuentra formado por quienes tienen un nivel *bajo* o *medio-bajo* de sintomatología depresiva.

En el grupo de “Riesgo” se encuentran quienes tienen un nivel *medio-alto* o *alto* de sintomatología depresiva.

Es importante mencionar que, si bien existen niños que se encuentran dentro de un nivel bajo de sintomatología depresiva, que pueden estar presentando ciertos

síntomas; éstos no son muy severos en cuanto a frecuencia, intensidad e interferencia con la vida de la persona. Es por esto que, por precaución, se ha tomado como punto de corte para ser considerado riesgo el encontrarse en un nivel medio-alto. La tabla 7 indica los resultados que fueron encontrados determinando ambos grupos:

En la Tabla 7, si tomamos puntajes mayores a 11 como punto de corte, observamos que un 68,2% de niños trabajadores se encontraría en riesgo para desarrollar un cuadro depresivo, mientras que un 31,8% no estaría presentando este riesgo. En el caso de niños que no trabajan el riesgo es igual de elevado, encontrándose un 54% de riesgo de desarrollar un cuadro depresivo, mientras que un 46% no lo presentaría.

Tabla 7
Frecuencia y porcentaje de No Riesgo y Riesgo para desarrollar un cuadro depresivo

Trabaja	Riesgo	
	Si (11-54)	No (0-10)
Si	68,2	31,8
No	54,0	46,0

Sintomatología depresiva según las variables psicosociales

A continuación se determinarán los niveles de sintomatología depresiva hallada en los niños de la muestra, en función de las diferentes variables psicosociales consideradas para la presente investigación; tales como sexo, edad, grado de instrucción, composición familiar, etc.

Tabla 8
Nivel de sintomatología depresiva según sexo

	Femenino			Masculino			U	P
	N	Media	D.E	N	Media	D.E		
Muestra de niños trabajadores	58	15,17	8,53	49	15,49	7,81	1324,5	0,55
Muestra de niños no trabajadores	49	12,43	7,76	37	11,05	5,98	851,5	0,63

* $p < 0,05$

Con respecto al nivel de sintomatología depresiva hallada, se encontró que en la muestra total las niñas presentaban una media en sus puntajes de 13,56 (8,09) y los

niños una media de 14,01 (7,64). Estos resultados nos indicarían que en ambos sexos se encontrarían niveles *medio-altos* de sintomatología depresiva, aunque no existiría una diferencia significativa entre los puntajes en ambos sexos.

Al analizar estos resultados en cada uno de los grupos, se observó que en el caso de los niños trabajadores, la media de los puntajes hallados en los niños fue de 15,49 (7,81) y en el caso de las niñas fue de 15,17 (8,53); en este caso no se encontró una diferencia significativa entre los puntajes por sexo. En el grupo de niños no trabajadores, la media para los niños fue de 11,05 (5,98) y en el caso de las niñas fue de 12,43 (7,76). Al igual que en el grupo anterior, no se encontró una diferencia significativa entre las medias.

Tabla 9

Nivel de sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores según sexo

Sexo	Trabaja	N	Media	D.E	U	P
Masculino	Sí	49	15,49	7,81		
	No	38	11,18	6,00	637,00	0,01
Femenino	Sí	58	15,17	8,53		
	No	48	12,35	7,82	1 134,00	0,10

* $p < 0,05$

Por otro lado, como se muestra en la Tabla 9, encontramos que existe una diferencia significativa en el nivel de sintomatología depresiva encontrado en niños de sexo masculino que no trabajan y los niños que sí lo hacen; no ocurriendo lo mismo en el caso de las niñas.

Tabla 10

Síntomatología depresiva según la edad

Edad	Muestra de niños trabajadores					Muestra de niños no trabajadores				
	N	Media	D.E.	KW	P	N	Media	D.E.	KW	P
6	6	13,67	6,65			4	18,75	8,50		
7	16	16,68	8,93			15	12,40	9,91		
8	29	16,86	7,43	3,74	0,44	31	10,87	6,73	3,94	0,41
9	33	15,12	8,97			23	11,30	5,77		
10	23	13,13	7,75			14	12,14	4,87		

* $p < 0,05$

Como se observa en la tabla anterior, no se encuentran diferencias significativas en los grupos, con respecto al nivel de sintomatología depresiva que presentan los niños de la muestra según su edad; los puntajes se muestran bastante homogéneos y dan

cuenta de una presencia *medio-alta* de sintomatología depresiva en estos niños. Así mismo, no se encontraron diferencias significativas al realizar una comparación del nivel de sintomatología depresiva en dos grupos, según esta variable. El primer grupo, estuvo constituido por niños de 6 y 7 años, y se comparó con los niños de 8, 9 y 10 años; y en el segundo grupo se compararon los puntajes de los niños de 6, 7 y 8 años con los puntajes de los niños de 9 y 10 años (Anexo F).

Por otro lado, en la Tabla 11 se muestran los puntajes de sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores dependiendo de la edad.

Tabla 11

Síntomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores según la edad

Edad	Trabaja	N	Media	D.E	U	p
6	Si	6	13,67	6,66	8	0,39
	No	4	18,75	8,50		
7	Si	16	16,70	8,93	75,5	0,08
	No	15	12,40	9,92		
8	Si	29	16,87	7,43	250	0,00
	No	31	10,87	6,73		
9	Si	33	15,12	8,98	300,5	0,19
	No	23	11,31	5,77		
10	Si	23	13,13	7,76	15,5	0,77
	No	14	12,14	4,87		

*p< 0.05

Estos resultados nos indicarían que en los niños de 8 años, existirían diferencias en los niveles de sintomatología depresiva, dependiendo de si es que los niños trabajan o no lo hacen; encontrándose que los niños trabajadores presentan puntajes medio-altos de sintomatología depresiva (16,87) en comparación a los niños de la misma edad que no trabajan, quienes presentarían puntajes medio-bajos de sintomatología depresiva (10,87).

Así mismo, se encontraron resultados similares al hacer estas comparaciones según el año de estudios que cursaban los niños, observándose que existe una diferencia significativa en el nivel de sintomatología depresiva entre los niños que trabajan que se encuentran cursando tercer grado de primaria y los niños que no lo hacen que cursan ese mismo año (Anexo G).

Tabla 12
Sintomatología depresiva según repetencia

Trabaja	Repetencia	N	Media	D.E	U	p
Si	No	90	15,78	8,30	627,5	0,24
	Si	17	12,88	7,213		
No	No	78	11,68	7,27	283,0	0,34
	Sí	9	13,00	4,24		

Repetencia	Trabaja	N	Media	D.E	U	p
No	Si	90	15,78	8,30	2500	0,00
	No	78	11,68	7,27		
Si	Si	17	12,88	7,21	72.5	0,89
	No	9	13,00	4,24		

*p< 0.05

La Tabla 12 indica que no existen diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva de los niños trabajadores dependiendo de si es que los niños han repetido o no. En ambos casos los niveles de sintomatología depresiva que se encuentra son *medio-altos*; sin embargo, a nivel descriptivo se podría decir que los niños trabajadores que no han repetido presentan mayores índices de sintomatología depresiva en comparación a aquellos niños trabajadores que han repetido.

Al comparar estos puntajes con los puntajes que obtuvieron los niños que no trabajan, también se observa que no existen diferencias significativas con respecto a esta variable. Sin embargo, sí se encuentran diferencias significativas entre los niños que no han repetido, observándose que los niños que sí trabajan y no han repetido muestran mayores puntajes de sintomatología depresiva (15,78) en comparación a los niños que no trabajan y no han repetido (11.68); a pesar de que en ambos casos los puntajes hallados sean *medio-altos*.

Tabla 13
Sintomatología depresiva en niños trabajadores según el tipo de constitución familiar

Constitución familiar	Muestra de niños trabajadores					Muestra de niños no trabajadores				
	N	Media	D.E	KW	P	N	Media	D.E	KW	P
Nuclear	31	18,19	8,38			37	12,68	7,84		
Reconstituida	18	14,94	8,97			6	11,67	3,83		
Extensa	37	13,19	6,86	7,53	0,11	32	10,88	6,29	0,66	0,95
Monoparental	5	10,40	4,34			5	10,40	6,31		
Extensa sin uno o sin los dos padres	16	16,63	9,21			7	12,71	8,96		

*p< 0,05

En la tabla anterior observamos el nivel de sintomatología depresiva en los niños trabajadores y no trabajadores, según el tipo de familia a la que pertenecen. A partir de estos resultados podemos concluir que no existen diferencias significativas en ninguno de estos grupos; sin embargo, a nivel descriptivo se puede observar una mayor tendencia a presentar niveles elevados de sintomatología depresiva en los niños trabajadores que viven en familias nucleares (18,19) y extensas sin uno o sin los dos padres (16,63).

Tabla 14
Diferencias en los niveles de sintomatología depresiva según la constitución familiar

Composición familiar	Trabaja	N	Media	D.E	U	P
Nuclear	Si	31	18,19	8,38	348	0.01
	No	37	12,68	7,84		
Reconstituida	Si	18	14,94	8,97	47	0.4
	No	6	11,67	3,83		
Extensa	Si	37	13,19	6,86	485	0.15
	No	32	10,88	6,29		
Monoparental	Si	5	10,40	4,34	12	1,0
	No	5	10,40	6,31		
Extensa sin uno o sin los dos padres	Si	16	16,63	9,21	43,5	0,35

* $p < 0.05$

En la Tabla 14, al realizar una comparación entre los niños que trabajan y los que no lo hacen, se encuentra que existe una diferencia significativa en los puntajes hallados, en función del tipo de constitución familiar que presentan. Se observa que los niños que trabajan, que viven en familias nucleares, presentan puntajes más elevados de sintomatología depresiva (18,19) en comparación a los niños que no lo hacen (12,68); no encontrándose estas diferencias en el resto de grupos familiares.

Síntomatología depresiva según las características del trabajo infantil

A continuación se analizará el nivel de sintomatología depresiva hallada en niños trabajadores, en función a las características específicas de su situación laboral, tales como el tipo de trabajo que realizan, la satisfacción que reportan en relación al trabajo, la remuneración recibida, etc.).

Tabla 15
Síntomatología depresiva según tipo de trabajo

Tipo de Trabajo	N	Media	D.S	KW	P
Cocina	10	12,30	6,24		
Venta	41	14,22	7,57		
Mercado	11	17,91	8,51		
Doméstico	16	21,13	8,82		
Ayuda				12,61	0,08
Familiar	8	11,25	9,13		
Construcción	12	15,50	6,89		
Transporte	3	13,67	9,07		
Reciclaje	6	13,50	8,66		

*p< 0.05

A pesar de no encontrar una diferencia significativa en los niveles de síntomatología depresiva que presentan los niños trabajadores, según el tipo de trabajo que realizan, a nivel descriptivo se encuentra una alta tendencia a presentar niveles *altos* de síntomatología depresiva en el grupo de niñas que realizan labores domésticas, pues se encuentra una media en sus puntajes de 21,13 (8,82).

En el resto de labores, también se encuentran puntajes *medio-altos* de síntomatología depresiva, siendo el trabajo en el mercado y en construcción los que presentan mayores puntajes de síntomatología depresiva, con 17,91(8,51) y 15,50(6,89) respectivamente.

Tabla 16
Síntomatología depresiva y reporte de la satisfacción laboral

Satisfacción laboral	N	Media	D.E	KW	P
Muy contento	52	13,69	8,02		
Mayor parte del tiempo contento	38	14,71	6,82	11,19	0,01
Casi nunca contento	14	22,21	8,67		
Nunca contento	3	19,00	11,36		

*p< 0.05

La tabla anterior nos muestra que existe una diferencia significativa en los puntajes de síntomatología depresiva dependiendo del grado reportado de satisfacción laboral, encontrándose que aquellos niños que refieren que “casi nunca” o que “nunca” se encuentran contentos con el trabajo que realizan, presentan los puntajes más elevados de síntomatología depresiva, con una media de 22,21 (8,67) y 19,00 (11,36)

respectivamente. En el caso de los niños que “casi nunca” se encuentran contentos con el trabajo que realizan, estarían presentando puntajes *altos* de sintomatología depresiva.

Tabla 17

Correlación entre nivel de sintomatología depresiva y el grado del reporte de la satisfacción con el trabajo.

Sintomatología depresiva

Nivel de satisfacción con el trabajo realizado	-0,27(**)
--	-----------

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla anterior se puede observar una correlación negativa y significativa entre el nivel de sintomatología depresiva presentado en los niños trabajadores y el grado de satisfacción reportado con el trabajo que realizan. A pesar de que esta correlación encontrada no es muy alta, sí se encuentra cercana a la mediana, por lo que estos resultados sugieren que mientras más contentos se encuentran los niños con el trabajo que realizan, el nivel de sintomatología depresiva presentado es menor.

Tabla 18

Nivel de Sintomatología depresiva según la edad de inicio al trabajo

Edad de inicio	N	Media	D.E.	KW	P
3	5	18,40	6,80		
4	6	16,00	10,37		
5	26	17,65	9,35		
6	18	16,22	7,42		
7	26	14,35	7,63	9,45	0,22
8	13	9,85	5,49		
9	6	12,83	6,77		
10	2	17,00	19,80		

*p< 0.05

En la tabla anterior se observa que no se encontraron diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva hallado en los niños trabajadores, dependiendo de la edad en la que se iniciaron en una actividad económica. A pesar de ello se observa que aquellos niños que empezaron a trabajar a una edad más temprana (3 años) presentan puntajes más elevados de sintomatología depresiva (18,40). Por el contrario, los niños que se iniciaron en la actividad económica a la edad de 8 años presentan puntajes más bajos de sintomatología depresiva (9,85); finalmente se observa que

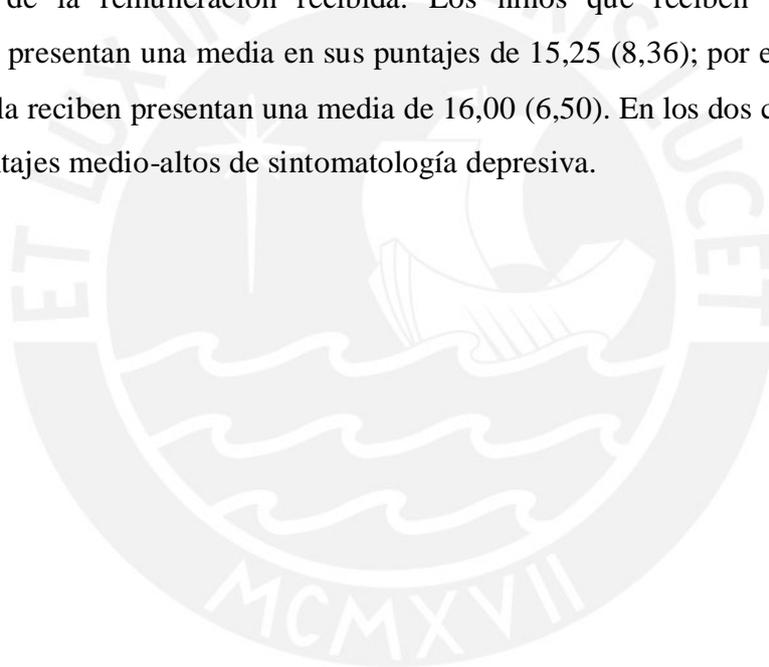
aquellos niños que empezaron a trabajar de manera más tardía presentan puntajes más elevados que aquellos niños que empezaron a trabajar en “edades intermedias” (17,00).

Tabla 19
Nivel de Sintomatología y remuneración.

Remuneración	N	Media	D.E	U	p
No	10	16,00	6,50	433,00	0,58
Sí	97	15,25	8,36		

* $p < 0.05$

En la tabla anterior se observa que no se encontraron diferencias significativas entre el nivel de sintomatología depresiva que presentan los niños trabajadores dependiendo de la remuneración recibida. Los niños que reciben algún tipo de remuneración presentan una media en sus puntajes de 15,25 (8,36); por el contrario, los niños que no la reciben presentan una media de 16,00 (6,50). En los dos casos, los niños presentan puntajes medio-altos de sintomatología depresiva.



CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

En este capítulo se presentará el análisis y discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación; para ello se empezará comparando el nivel de sintomatología depresiva hallada en niños trabajadores y no trabajadores, así como el nivel de riesgo en el que se encuentran estos niños para desarrollar un cuadro depresivo. En segundo lugar, se analizarán los niveles de sintomatología depresiva hallada en los niños de la muestra, en función de las diferentes variables socio demográficas consideradas; finalmente, se analizará el nivel de sintomatología depresiva hallada en niños trabajadores, en función a las características específicas de su situación laboral.

Durante mucho tiempo, al hablar de salud mental, la atención estaba enfocada hacia poblaciones de adolescentes, adultos y personas de tercera edad; sin embargo, en los últimos años, los datos epidemiológicos y las investigaciones han ido dando cuenta de que los niños también pueden verse afectados por una serie de dificultades y trastornos a nivel emocional, los cuales influyen directamente en su desarrollo.

La niñez es una etapa que se encuentra marcada por nuevos retos, puesto que en este período los niños empiezan a independizarse de la familia y a entablar nuevos vínculos con personas ajenas a ella. Así mismo, comienzan a desarrollarse una serie de habilidades físicas, mentales y emocionales, básicas para la conformación de una adecuada autoestima; lo cual hace de esta etapa, un momento crítico para la vida emocional de los niños.

Para que un niño pueda desarrollarse de manera adecuada, es necesario que desde muy pequeños los padres o cuidadores puedan ser capaces de satisfacer sus necesidades básicas y al mismo tiempo, brindarles el cuidado y protección necesarios para que puedan sentirse con la confianza suficiente para enfrentar los nuevos desafíos. Sin embargo, en el caso de los niños trabajadores, estas características fundamentales les son ajenas.

Diferentes estudios han detallado como, para estos niños, las vivencias asociadas a su situación como trabajadores son percibidas de manera negativa, manifestando una serie de sentimientos como tristeza, depresión, cólera, ansiedad, nerviosismo, preocupación, apatía y aburrimiento (Castro, 1998; Silva, 2008). Lo cual puede ser

comprendido si es que se toma en cuenta las situaciones de abuso a las que deben enfrentarse, la falta de descanso y de tiempo para jugar, el distanciamiento de las familias, la exposición a daños físicos, la falta de escolaridad, la situación de pobreza, etc. (IPEC, 2009). Esta realidad a la que deben hacer frente, los pone en una situación de riesgo elevado para padecer una serie de problemas psicológicos, entre ellos trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Fekadu, et. al, 2006).

Muchas de las consecuencias asociadas al trabajo infantil guardan relación directa a los trastornos del estado de ánimo, entre ellas la depresión; lo cual nos hace pensar que esta población en particular, se encuentra en un riesgo aún mayor de padecer este tipo de trastorno. En esta investigación, los resultados encontrados confirmarían los datos expuestos en el marco teórico; puesto que todo apunta a señalar que los niños trabajadores presentan niveles *medios-altos* de sintomatología depresiva en promedio, y cuentan con un mayor riesgo para presentar depresión en comparación a los niños que no trabajan.

Es importante señalar que los resultados obtenidos en esta investigación, han tomado como criterio de referencia una investigación realizada 15 años atrás (Reátegui, 1994), por lo que, si bien es indiscutible que existe una diferencia en el nivel de sintomatología depresiva encontrada en los niños trabajadores, siendo éste mucho más elevado en este grupo en comparación al grupo de niños que no trabaja; es necesario tomar los rangos de los niveles de sintomatología depresiva de manera relativa, puesto que es probable que en los últimos años, y con los cambios que se han dado en el estilo de vida de las personas, estos baremos hayan cambiado.

Como se ha mostrado en los resultados, el riesgo para presentar depresión en los niños trabajadores fue de 68,2%, lo cual quiere decir que estos niños presentarían niveles elevados de riesgo y que éste es muy superior a lo encontrado en otras poblaciones (Castro, 1998; Del Barrio, 2001; Reátegui y Vargas, 2008; Silva, 2008; Vinaccia, et. al 2006). Así mismo, estos resultados llaman la atención, debido a que incluso los niños no trabajadores de la muestra presentan a su vez un elevado riesgo de presentar depresión (54%).

A nivel mundial la incidencia de depresión mayor en niños en edad escolar oscila entre 8 y 10 % (Del Barrio, 1997; citado en Del Barrio, 2001) y en investigaciones realizadas en Latinoamérica, se encuentran porcentajes de riesgo de depresión en población escolarizada de 25.2% (Vinaccia, et. al, 2006). Las investigaciones realizadas en el Perú dan cuenta de altos índices de sintomatología

depresiva; por ejemplo Castro (1998) encontró que el 22,5% de la muestra de niños trabajadores presentaba sintomatología de carácter depresivo; por otro lado Reátegui y Vargas (2008) encontraron que el 52,9% de los niños de su muestra, quienes habían sido diagnosticados con TDAH, presentaba sintomatología depresiva. Finalmente Silva (2008) encontró que el 62.7% de niños trabajadores manifestaban sentimientos asociados a la depresión, los cuáles podrían ser considerados como un factor a tomar en cuenta para realizar un diagnóstico de la misma.

A partir de estos datos, se podría pensar que los niveles de depresión han ido en aumento en los últimos años y que, en poblaciones clínicas o con características de marcada desventaja a nivel económico, social y afectivo como en los niños de la muestra, estos niveles de sintomatología depresiva se elevan de manera dramática.

Estos datos resultan muy críticos, debido a las implicancias que tienen para la vida de estos niños, así como también a nivel social y económico. Como se ha podido ver, con estos niveles tan elevados de sintomatología depresiva podemos suponer la presencia de un trastorno depresivo mayor en muchos de los niños de la muestra; lo cual significa un factor de riesgo importante para padecer depresión en la vida adulta (Del Barrio, 2005). Esto a su vez conllevaría a consecuencias de tipo inter generacional ya que como se ha revisado, los hijos de padres que presentan depresión tienen un mayor riesgo de padecerla (Del Barrio, 2008). Igualmente, se puede pensar en un riesgo elevado de suicidio, (Goldston, et al. 1999; Pfeffer, et al., 1993 citados en Chrisman, et al. 2006); que sería corroborado por la investigación de Castro, quien encontró que el 42,8% de los niños que presentaban depresión en su muestra, también tenía ideación o intento suicida. Por otro lado, se puede mencionar el riesgo de deserción escolar, que conlleva a consecuencias a nivel social y económico, puesto que se perpetúa el círculo de la pobreza (IPEC, 2009); así como el riesgo de embarazo adolescente, abuso de sustancias y conductas antisociales (Molina, et. al, 2000).

Se puede pensar que una de las variables más influyentes en la presencia de tan altos índices de sintomatología depresiva, sería el factor económico; ya que estos niños, pertenecientes a familias de un nivel socioeconómico bajo, se ven privados de muchos de los elementos necesarios para desarrollarse, por lo que se ven obligados a trabajar desde edades muy tempranas, aumentando su vulnerabilidad a la explotación, el abuso y la violencia, entre otras. Debido a ello, muchos de estos niños se ven limitados a acceder a una educación y de hacerlo se les dificulta el tener un buen desempeño; no tienen momentos de ocio, lo cual les impide hacer uso del juego como medio de expresión de

sus emociones, fantasías, temores, etc. presentan problemas para establecer vínculos con su grupo de pares y todo ello desencadena en la presencia de diferentes trastornos, problemas en el desarrollo y dificultades a nivel social.

Existen diversos estudios que darían cuenta de que en general, el bajo nivel socioeconómico estaría asociado a un mayor número de eventos vitales negativos, lo cual incrementaría la posibilidad de cualquier trastorno mental, entre ellos los depresivos (Haquín, Larraguibel y Cabezas, 2004). En nuestro medio, se han encontrado diferencias significativas en función al nivel socioeconómico, hallándose que la clase social baja presentaría mayores niveles de depresión en comparación al resto de niveles socioeconómicos (Raffo, 1991; Reátegui, 1994). Un estudio realizado recientemente por Ramírez (2009) corroboraría estos resultados, al encontrar que existe un mayor índice de sintomatología depresiva en un grupo de escolares pertenecientes a entidades educativas estatales (ubicadas claramente en sectores socioeconómicos bajos), en comparación a los resultados hallados en colegios privados, donde se identificaba de manera notoria la predominancia de alumnos de clase media y alta.

Es así que, los niveles de pobreza estarían asociados a una mayor presencia de experiencias adversas tempranas, a una mayor exposición de sucesos negativos y a grandes carencias en áreas necesarias para el desarrollo físico y mental de los niños; por lo que se puede entender a partir de este punto, la presencia de altos índices de sintomatología depresiva en la muestra total de niños en la presente investigación.

Aún así, se encontraron diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva en los niños trabajadores y los niños que no trabajaban; lo cual nos hace pensar que, sumado al factor socioeconómico, existen características propias del trabajo infantil que afectan de manera particular a la presencia de sintomatología depresiva.

Dentro de estas características, se pueden señalar las situaciones de abuso que viven estos niños en las actividades laborales que realizan, donde se les exigen largas jornadas de trabajo en actividades que dañan su salud física así como también su bienestar emocional; las altas tasas de deserción escolar o de falta de acceso a la educación, las situaciones de riesgo y abandono que son experimentados desde muy temprana edad, etc.

Con respecto a la influencia que ejerce la deserción escolar y la falta de acceso a la educación en la mayor incidencia de sintomatología depresiva en niños trabajadores, se puede pensar que, al encontrarse estos niños en una etapa del desarrollo donde el aprendizaje y la competencia social resultan las características más importantes para su

bienestar emocional, la falta de oportunidad para acceder a ello y formar parte de un grupo de pares con los que se pueda interactuar y desplegar todas las capacidades, va a afectar directamente en el autoestima de estos niños.

Para Erikson (1974) a los niños en edad escolar, les correspondería un periodo de aprendizaje, marcado por una calma emocional; la crisis de esta etapa se relacionaría con el hecho tener la capacidad para el trabajo productivo. Así, el logro que se debe desarrollar con éxito en esta etapa es la competencia, es decir, percibirse a sí mismos como capaces de dominar y completar tareas. Cuando los niños comparan sus propias habilidades con las de sus compañeros, se forman una idea de lo que son ellos; por lo que Erikson considera que si la *inferioridad* prima sobre la *industriosidad*, el niño no tendrá seguridad en lo que puede lograr hacer y considerará que no tiene capacidades para hacer bien las cosas; se valorará siempre por debajo de su potencial real, se inhibirá y se sentirá incapaz de llevar a cabo actividades, que objetivamente sí podría realizar sin dificultades. A partir de esto, se puede pensar que en niños que no tienen la oportunidad de acceder a una educación o que de hacerlo, asisten de manera poco frecuente o deben abandonarla; se les dificultará adquirir nuevas habilidades y aprendizajes que les permiten tener un sentimiento de seguridad. Es por este motivo, que se puede pensar que en el momento en que estos niños se comparan con sus demás compañeros, no logran sentirse con las competencias necesarias para enfrentarse a su medio. Como se ha venido explicando, estas habilidades y competencias son las que van a influir de manera más resaltante en las manifestaciones de la depresión en esta etapa del desarrollo.

Con respecto a las situaciones de abuso, se ha encontrado que el maltrato físico, el abuso sexual y psicológico son generadores de trauma, lo cual desencadena en serias consecuencias relacionadas a la salud mental de los niños. Se sabe que el trauma prolongado en la infancia, está asociado a enfermedades como trastornos por estrés post traumático, conductas antisociales, conductas de “auto castigo” o “auto mutilación”, entre otras; pero una de las consecuencias más resaltantes que se encuentra es la presencia de depresión (Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo, Herrera-Basto, 1998).

Para Cazabat (2002), un niño que ha sido traumatizado, se ve en la difícil tarea de adaptarse, buscado un camino que preserve su sensación de confianza, aún hacia personas que no le resultan confiables; seguridad en situaciones que no le resultan seguras, y control en situaciones que le resultan impredecibles. Esto genera una sensación de miedo abrumador y de desesperanza, que lleva al niño a estar en una situación de alerta constante. Esta inseguridad percibida, limita la forma en la que el

niño experimenta el mundo, trayendo a su vez problemas de baja autoestima e inhibiciones; y el sentido de desamparo que se experimenta, a su vez incrementa el riesgo de sufrir depresión.

Siguiendo esta misma línea, un tipo de abuso considerado como la máxima agresión que se pueda infringir hacia un ser en desarrollo es el abandono. Éste, no solo se considera como tal ante situaciones de desamparo total por parte de los padres o cuidadores de un niño, sino que también se extiende a contextos en los que se expone a un niño a situaciones de peligro, o cuando los padres privan a sus hijos del cuidado personal, afectivo y económico.

A partir de esto, se podría comprender las diferencias significativas halladas en los niños trabajadores en función a la constitución familiar; en la cual se encuentra que aquellos niños que viven con su familia nuclear presentan mayores índices de sintomatología depresiva. Se puede pensar que los niños esperarían que sus padres puedan ser capaces de brindarles el cuidado y afecto necesarios que les permitan desarrollarse de manera satisfactoria. No obstante, se encuentra que estos niños pueden estar percibiendo sentimientos de abandono y desprotección, al ver que sus necesidades básicas no están siendo satisfechas y que además se tienen que ver expuestos situaciones de peligro, que pueden llegar a ser interpretados como falta de afecto hacia su persona (Rosas, Gallardo y Angulo, 2000).

Este abandono al que se ven expuestos, es experimentado como una situación traumática de pérdida, en la cual el niño se coloca en una posición de impotencia y desvalimiento. Al respecto, se puede tomar en cuenta la teoría del Apego planteada por Bowlby en 1980.

Para este autor, la depresión en la infancia se presenta cuando el niño pierde el vínculo o relación de proximidad con la figura de apego, lo cual se relaciona directamente con inseguridad, retraimiento e inestabilidad emocional (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall; 1978 citado en Marrone, 2001). Bowlby aclara que esta ruptura del vínculo puede darse por abandono, muerte o institucionalización y que junto a esta ausencia de apego, la inseguridad de esta relación también resulta fuente de depresión en la infancia. En los casos donde el apego que se ha establecido es de tipo inseguro, el niño no pierde algo que tenía, sino que las funciones que habría de cumplir la figura de apego no se dan; como consecuencia de ello, las necesidades del niño no se satisfacen y la desorientación y la inseguridad fomentan la aparición de depresión por una deficiencia en la comunicación y en el apoyo que un niño obtiene normalmente de sus

figuras de cuidado (Del Barrio, 2005). Existen algunos estudios que corroboran esta teoría, en los cuales se ha encontrado que los niños con depresión presentan un apego de tipo inseguro (González y Méndes, 2006; Sanchis, 2008); por los resultados encontrados en la investigación, se podría suponer que muchos de éstos niños han establecido una relación de apego de tipo inseguro con su cuidador primario.

Otros de los motivos que podría estar asociados a los altos índices de sintomatología depresiva en niños trabajadores que viven con su familia nuclear, podrían ser explicados a partir de los conflictos que se pueden presentar dentro de la dinámica familiar; los cuales estarían actuando como caja de resonancia incrementándose las consecuencias negativas que se dan en la conducta del niño. Algunas de las circunstancias que podrían estar presentándose dentro de la familia, podrían estar asociadas a la presencia de trastornos físicos y/o emocionales. En el primer caso, la presencia de problemas asociados a la salud física, estarían actuando como un estresor importante, no solo debido a la preocupación por el riesgo que puede existir para la vida y calidad de la misma del familiar que se encuentra enfermo, sino que también resulta una gran preocupación por los gastos que implica el atender a una persona enferma y porque, en el caso en el que se trate de uno de los padres, también se ven afectados los ingresos del hogar.

Por otro lado, la presencia de trastornos mentales en la familia incrementan el riesgo de padecer un trastorno depresivo en la infancia, por un lado porque existe un correlato genético que explicaría que en más del 50% de niños cuyos padres presentan historia de depresión, pueden presentar un trastorno depresivo (The Harvard Mental Health Letter, 2002); y por otro, porque cualquier conflicto en el área emocional de los padres puede interferir en las labores de crianza, encontrándose que los padres que presentan algún tipo de trastorno emocional brindan menor tiempo al cuidado de sus hijos, tienen menos actividades lúdicas, menor interacción verbal y demostraciones de cariño; incrementando de esta manera el riesgo de presentar depresión en estos niños (Del Barrio, 2008).

Igualmente, es importante resaltar que el hecho de que los padres vivan juntos, no garantiza el que exista una buena relación entre ambos. Es por ello que un criterio a tomar en cuenta para comprender el por qué de estos altos índices de sintomatología depresiva, se encontraría en el hecho de que en hogares donde existe una relación conflictiva entre los padres se incrementa el riesgo de padecer depresión. Este punto ha sido desarrollado en algunas investigaciones, en las que se ha encontrado que existe un

riesgo mayor de presentar depresión en aquellos niños que forman parte de familias con un alto grado de conflictividad conyugal en comparación a familias cuyos padres se encuentran divorciados (Méndez, 2001). En otra investigación realizada en España (Pons y del Barrio, 1992; citado en Del Barrio, 2008) se encontró que la sintomatología depresiva era mayor en niños que venían de hogares con familias separadas o que mantenían malas relaciones entre sí.

Finalmente, también se debe tomar en cuenta el hecho de que, en familias donde se dan malas relaciones entre sus integrantes, existe un riesgo elevado de padecer depresión (Aseltine et al., 1994; citado en Del Barrio, 2005). Estas malas relaciones no solo se refieren al vínculo entre los padres, sino también a la relación que establecen cada uno de ellos con los hijos. Muchas veces, el motivo por el cual se dan estas malas relaciones son las excesivas expectativas de los padres, que someten a sus hijos a una presión inadecuada, como podemos suponer que se da en el caso de niños trabajadores, los cuales se ven obligados a colaborar con la economía familiar cuando aún no se encuentran preparados para hacerlo (The Harvard Mental Health Letter, 2002).

Al tratar de comprender qué otras variables podrían estar influyendo en la alta incidencia de sintomatología depresiva en niños trabajadores; se encontraron algunas diferencias significativas al comparar los niveles de sintomatología depresiva según la variable edad. Los resultados indicaron que los niños trabajadores de 8 años presentan mayores índices de sintomatología depresiva en comparación a los niños que no trabajan; encontrándose los mismos resultados en la variable “año de estudios”, en donde se observó que los niños que cursan tercero de primaria presentan mayores índices de sintomatología depresiva, tanto si se observa el grupo de niños trabajadores, como si se compara entre las muestras. Igualmente, al hacer una comparación de ésta variable en los grupos que se conformaron entre los grados, se encontró que los niños trabajadores que cursan años menores (segundo y tercero de primaria) estarían presentando mayores niveles de sintomatología depresiva en comparación a los niños trabajadores que cursan años mayores (cuarto y quinto de primaria).

Estos resultados no guardarían relación con la teoría, la cual postula que la depresión tiene un curso evolutivo que hace que se incremente la incidencia a medida que se adelanta en la edad (Del Barrio, 2001). Por ejemplo, estudios epidemiológicos han encontrado que en edad preescolar, existe un 1% de niños con trastorno depresivo o distímico, mientras que en edad escolar las cifras en población normal se elevan desde

un 8% hasta un 10%; en adolescentes, la prevalencia en población general se eleva desde un 15% hasta un 20%. (González, 2005).

Se puede pensar que una de las razones por las que no se encontrarían estos resultados, se hallaría en el hecho de que los niños de la muestra se encuentran todos en una etapa del desarrollo bastante homogénea (todos se encuentran cursando estudios básicos), por lo que no se presentan los contrastes propios que se pueden hallar al encontrarse en una etapa del desarrollo diferente. Otra posibilidad se encontraría en que, los niños más pequeños todavía pueden verse más afectados por los acontecimientos que ocurren dentro del hogar; por lo que podríamos pensar que en esta muestra de niños, sumada a su situación como trabajadores y las consecuencias que ésta condición pudiera acarrear, los factores que se presentan dentro de la dinámica familiar podrían estar ejerciendo una influencia muy importante en la presencia de sintomatología depresiva.

Igualmente, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas, al evaluar los niveles de sintomatología depresiva según la variable sexo, pues se observa que los niños trabajadores de sexo masculino presentan mayores índices de ésta, en comparación a los niños de mismo sexo que no trabajan.

Se puede pensar que uno de los motivos por el cual se presentan estos resultados, guardaría relación con el tipo de trabajo que realizan los niños de sexo masculino; puesto que, como se ha revisado, generalmente los niños realizan trabajos fuera de la seguridad del hogar (por ejemplo construcción, reciclaje, etc.). Es probable que estos niños perciban una mayor situación de vulnerabilidad y desvalimiento debido a que no cuentan con la protección de sus familiares; así como también, pueden verse más expuestos a situaciones de maltrato por parte de los empleadores, por lo que se encuentran en una situación de mayor desventaja al compararse con niños del mismo sexo que no trabajan.

Por otro lado, al evaluar los niveles de sintomatología depresiva obtenidos en función a las características particulares del trabajo infantil, se observó que a pesar de no encontrar diferencias significativas en los niveles de ésta según el tipo de trabajo que realizan los niños, a nivel descriptivo se encuentra una tendencia a presentar niveles *altos* de sintomatología depresiva en el grupo de niñas que realizan labores domésticas. Algunas investigaciones consideran que estas niñas forman parte del grupo más débil, explotado y difícil de proteger dentro de los niños trabajadores, encontrándose en una situación de riesgo elevado. El trabajo doméstico es una labor que casi nunca es

reconocida por los empleadores (e incluso por las mismas niñas), quienes muchas veces asumen que se les da un servicio propio del género femenino y que como parte de éste se incluyen los servicios sexuales. A este tipo de abuso, se le suman situaciones de violencia, maltrato psicológico así como abandono; ya que muchas veces estas niñas trabajan sin esperar alguna remuneración, pues sus padres las han enviado a realizar este tipo de labores como un medio de sobrevivencia, ya que es una manera de aliviarse un gasto de manutención (IPEC, 2002).

Por otro lado, las situaciones de abuso y abandono ejercidas sobre estas niñas, generan en ellas un sentimiento de inseguridad, que se va reflejando en sentimientos de inferioridad, de poca competencia y falta de control. Esto, se encuentra asociado íntimamente con una baja autoestima, la cual ocupa un lugar relevante en la causación de la depresión en niños, junto con la desesperanza, problemas de socialización y presencia de acontecimientos vitales negativos (Del Barrio, Frías y Mestre; 1994). Igualmente, se debe tomar en cuenta el sentimiento de amenaza y de peligro constante que perciben estas niñas, lo cual las lleva a sumirse en un estado de indefensión y desvalimiento (IPEC, 2009). Al respecto, Mendoza (2005) realizó una investigación que describe las características socio demográficas y los estresores percibidos en adolescentes que se desempeñaban como trabajadoras del hogar; encontrando que el área más estresante que reportaban se refería a las condiciones laborales, seguida de los estudios y del trato recibido por la familia empleadora, lo cual coincidiría con la sensación de desprotección, falta de cuidado y de afecto.

Del mismo modo, en el resto de labores también se encuentran puntajes *medio-altos* de sintomatología depresiva, siendo el trabajo en el mercado y en construcción los que presentan mayores puntajes de la misma. Una primera característica a tomar en cuenta, común en ambos casos, es que estas labores se desarrollan fuera de la seguridad del hogar, por lo que éstos niños no cuentan con la protección de sus padres. Así mismo, estos trabajos tienen en común una serie de riesgos para la integridad física y moral de estos niños. Podemos comprender así, que para estos niños la sensación de desprotección familiar, así como la vulnerabilidad percibida frente a los riesgos externos, pueden estar influyendo de manera importante en la aparición de síntomas depresivos. Esto podría confirmar los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas por Silva (2008) y Castro (1998) en nuestro medio, donde se encontró que los niños trabajadores manifestaban tener tristeza, depresión, cólera, ansiedad, nerviosismo, preocupación, apatía y aburrimiento; que podían estar asociados con la sensación de

peligro que tenían estos niños, ante situaciones como enfermedades, accidentes o muerte, abuso y acoso sexual, secuestros, robos, asaltos y estafas.

Por otro lado, al igual que en el caso de las niñas empleadas del hogar, estos niños dedicados al trabajo en construcción y en los mercados también deben enfrentar casos de carencia de la figura paterna o materna, que no solo se refieren a la ausencia física de éstos, sino que también puede ser experimentada por el poco contacto entre padres e hijo, o la poca o nula estimulación afectiva, verbal o educativa. Junto con esto, muchas veces no solo es que se trate de carencias afectivas, sino que se le pueden sumar actitudes de abierto rechazo, en la que se muestra una desvalorización, agresividad, hostilidad o indiferencia total hacia el niño.

De igual manera, estos niños deben someterse a grandes presiones para cumplir con los requerimientos de la labor realizada, lo cual los somete a un alto monto de estrés, para el cual no se encuentran preparados para afrontar. En muchos de estos casos, la presión es proveniente de los mismos padres, quienes tratan con excesiva severidad al niño, generando que los mismos niños sean sumamente críticos y despiadados con su propia persona.

En cuanto al grado de satisfacción reportado en los niños trabajadores, se encontró una diferencia significativa entre éste y los puntajes de sintomatología depresiva; viéndose que aquellos niños que refirieron que “casi nunca” se sentían contentos con el trabajo que realizaban, presentan puntajes altos de sintomatología depresiva. Igualmente se encontró una correlación entre ambas variables, viéndose que a menor grado de satisfacción en la labor realizada, mayor era el nivel de sintomatología depresiva hallado. Estos resultados corresponderían con lo revisado en la teoría y lo observado en la realidad de estos niños; ya que mientras más a gusto se sienten estos niños con la labor que realizan, menor es el grado de sintomatología depresiva que presentan. Esto puede presentarse de esta manera debido a que muchos de estos niños encuentran su trabajo como algo positivo y favorecedor para su desarrollo futuro. Muchas veces las familias y los mismos niños priorizan el trabajo sobre los estudios porque consideran que éste tiene un rol más importante en la formación de los niños (IPEC, 2002). Así mismo, a pesar de todas las situaciones adversas que implica el trabajo infantil, muchos niños sienten que su trabajo es un lugar de socialización, donde no solo pueden compartir con otros niños que atraviesan por condiciones similares a las que ellos deben enfrentar, sino que en ocasiones, este ambiente de trabajo puede resultar un “ambiente seguro”, en el cual los niños se ven libres de los conflictos familiares y de

muchos de los maltratos que se presentan dentro del hogar. Igualmente, para muchos de estos niños el hecho de trabajar y sentirse “buenos” en las labores que realizan puede ayudar al mantenimiento de una autoestima positiva; por el contrario, aquellos niños que manifiestan que “casi nunca” o “nunca” se encuentran satisfechos con la labor que realizan, pueden estar reflejando a partir de esta afirmación, parte de su sintomatología depresiva.

En esta etapa del desarrollo por la que están atravesando los niños, se encontrará que éstos se muestran más sensibles ante los acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar, interacción con los compañeros, la competencia en el juego y la pertenencia a un grupo, etc. Por lo que cualquier evento que ocurra en estos ámbitos influirá directamente en el estado emocional de estos niños. Se puede pensar que los niños que no se encuentran contentos con la labor que realizan, sienten que están dejando pasar una etapa importante de su vida, en donde el juego y los estudios deberían tomar la mayor parte de su tiempo. Igualmente, pueden estar encontrándose con situaciones adversas en el lugar de trabajo, ya sea por malos tratos, abusos o explotación. Es por ello que, ante situaciones que los niños perciben como adversas o que les producen malestar, van a aparecer algunas manifestaciones como aislamiento, baja autoestima, excesiva crítica hacia uno mismo, auto desprecio o evitación de situaciones o experiencias nuevas (Bermúdez y Bermúdez, 2006; Rodríguez Sacristán, 2000; The Harvard Mental Health Letter, 2002); todas ellas a su vez asociadas a la percepción que puede tener el niño de su propio desempeño en sus labores, lo que a su vez afecta la valoración que tienen de la situación por la que atraviesa. Es así que la suma de todas estas variables confluye de tal manera que se puede asumir que, a menor satisfacción presente el niño con la labor realizada, mayor es el nivel de sintomatología depresiva que va a presentar.

Con respecto al nivel de sintomatología depresiva hallado, en relación con la edad en la que los niños se iniciaron en una actividad económica, no se encontraron diferencias significativas. A pesar de ello, se observa que aquellos niños que empezaron a trabajar a una edad más temprana (3 años) presentaron puntajes más elevados de sintomatología depresiva. Se podría pensar que en estos casos, se estarían presentando circunstancias desfavorables en el entorno familiar, que empujarían a que sus padres o cuidadores tomen la decisión de que estos niños tan pequeños colaboren con la economía familiar; lo cual los llevaría a atravesar situaciones de riesgo para su integridad física y psíquica desde edades muy tempranas. Estos resultados guardarían

relación con los que se encontraron en una investigación realizada en Guatemala, donde a partir del propio discurso infantil se determinó que la aparición de síntomas depresivos, la baja autoestima y la ansiedad, eran atribuidos al hecho de asumir responsabilidades de manera muy temprana, donde además los niños se someten a riesgos elevados (IPEC, OIT e INE, 2003).

Otro factor a tomar en cuenta es que, en edades muy tempranas, la aparición de síntomas depresivos se encuentra ligada a la sensación de pérdida, la cuál puede ser real y tener efectos duraderos; ser parte de una separación brusca, o debido al alejamiento del propio niño. En otros casos, la pérdida es fantasmática y puede generarse ante la sensación de no ser amado o de haber perdido la accesibilidad a alguien próximo (Marcelli, 2007). Como se ha descrito anteriormente, muchas veces los niños trabajadores deben verse separados de sus padres para poder realizar las labores asignadas, incluso en algunos casos son entregados a terceros para que se hagan cargo de su formación y cuidado, incrementando esta sensación de pérdida que en este caso sería real. También se puede pensar que al verse privados de los cuidados necesarios y del tiempo de ocio y aprendizaje, estos niños pueden asumir una falta de amor por parte de sus padres, quienes muchas veces se comportan de manera severa y exigente ya que esperan ciertos resultados del trabajo que realizan sus hijos. Es así que se podría pensar, que la sensación de pérdida puede estar presente de manera constante en la vida psíquica de estos niños, suscitando angustias de abandono que persisten a pesar de contar con la presencia real de los padres (Molina, et al., 2001).

Finalmente, no se encontraron diferencias significativas entre el nivel de sintomatología depresiva que presentan los niños trabajadores, dependiendo de la remuneración económica recibida. En ambos casos (si es que reciben algún sueldo o no) se encontrarían puntajes *medio-altos* de sintomatología depresiva. Podemos pensar que no se obtienen diferencias con respecto a esta variable, debido a que existe una confusión en el término de “pago” y de “trabajo” en estos niños. Muchos de los niños trabajadores no consideran la labor que realiza como un “trabajo” sino más bien como una “ayuda”, por ese motivo muchas veces no esperan recibir ningún tipo de remuneración a cambio; en otros casos, los niños piensan que sí reciben un “pago” por sus servicios, ya que sus empleadores les pueden dar alimento, ropa u otro tipo de retribución por los mismos. Al existir esta confusión con respecto al concepto de “sueldo” o “pago”, es difícil determinar cuánto es lo que realmente está influyendo en estos niños, el hecho de trabajar y no recibir una remuneración económica por los

servicios brindados. Teniendo este contexto en mente, resulta comprensible que los índices de sintomatología depresiva sean elevados, ya que estos niños se ven expuestos a una serie de exigencias, deben sacrificar espacios y tiempos valiosos de juego y aprendizaje, para realizar labores para las cuáles aún no están preparados y por las cuáles no reciben ningún tipo de remuneración que simbolice el valor que se le está dando al niño por su sacrificio y esfuerzo.

Se puede concluir a partir de lo expuesto, que los niños de la muestra presentan niveles elevados de sintomatología depresiva, y que se encuentra evidencia estadística que permite afirmar que los niños trabajadores presentan mayores índices de sintomatología depresiva, en comparación a los niños con igual nivel socioeconómico pero que no se encuentran trabajando. Estos resultados estarían indicando niveles elevados de riesgo de depresión en los niños de la muestra. Así mismo, se observan diferentes variables que podrían explicar estos resultados, siendo las más importantes el bajo nivel socioeconómico y las situaciones que se presentan dentro de la dinámica familiar. Este último punto, abre campo a nuevas investigaciones que se permitan explorar a profundidad cuáles son las características que se presentan dentro de la dinámica familiar, que estarían influyendo en una mayor presencia de sintomatología depresiva. Igualmente, se plantea como un aspecto para investigar, el incremento de sintomatología depresiva en población infantil en los últimos años.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados del presente estudio, se ha podido concluir lo siguiente:

1. La mayoría de los niños de la muestra presentan niveles *medios-altos* de sintomatología depresiva; encontrándose diferencias significativas entre los grupos, y mayores puntajes de la misma en la muestra de niños trabajadores.
2. La mayoría de los niños trabajadores se encontraba en “Riesgo” para presentar un cuadro depresivo. En el caso de los niños no trabajadores, también se encontraron porcentajes elevados de este “Riesgo”.
3. Se encontraron diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva en los niños de la muestra en función a la variable sexo; observándose que los niños trabajadores de sexo masculino, presentan mayores niveles de sintomatología depresiva en comparación a los niños no trabajadores del mismo sexo.
4. Se encontraron diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva en los niños de la muestra en función a la variable edad; observándose que los niños trabajadores de 8 años, presentaban mayores niveles de sintomatología depresiva en comparación a los niños no trabajadores de la misma edad. Estos mismos resultados se encontraron en la variable “año de estudios”, observándose que los niños de tercero de primaria presentaban mayores niveles de sintomatología depresiva en comparación a los niños no trabajadores que cursaban el mismo grado. Así mismo, se encontró que los niños trabajadores que cursaban años menores (segundo y tercero de primaria) presentaban mayores niveles de sintomatología depresiva.
5. Se encontró que los niños trabajadores que no han repetido, presentan mayores niveles de sintomatología depresiva.
6. Se observó que los niños trabajadores que viven en familias nucleares presentan puntajes más elevados de sintomatología depresiva en comparación a los niños que no trabajan y tienen la misma constitución familiar.
7. No se encontraron diferencias en los niveles de sintomatología depresiva que presentan los niños trabajadores, según el tipo de trabajo que realizan; sin embargo, se encontraron niveles *altos* de la misma en el grupo de niñas que realizan labores domésticas.

8. Se observó que los niños que reportaron mayor satisfacción con la labor que realizaban, presentaban menores índices de sintomatología depresiva.
9. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva, en función a la edad de inicio en el trabajo y el salario recibido.



REFERENCIAS

- Adrianzén, C. (2001). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. En. J. Castro (Ed.) *Niñas, niños y adolescentes: exclusión y desarrollo psicosocial* (pp. 559-573). Lima: IFEJANT
- Al Bahan, E. (2006). The Children's Depression Inventory as a reliable measure for post-Iraqi invasion Kuwait youth. *Social behavior and Personality* 34, 351-336.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4a ed.)*. Washington DC.
- Baessa, Y. (2008) Child Labor in Guatemalan Children: An International Pilot Study of the Emotional Effects and Consequences. *Journal of Emotional Abuse* 8, 325-333.
- Bermúdez, M. y Bermúdez, A. (2006). *Manual de Psicología Clínica Infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Borisnovna, K. (2005) *Clima social en familias y depresión en niños de 8 a 12 años pacientes de una institución de salud mental*. Tesis de Licenciatura. Universidad Cayetano Heredia.
- Bowlby (1980) *El Apego y la Pérdida: La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M., Sánchez-Bernardos, M.y Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema* 20, 413-419.
- Castro, J. (1998). *Trabajo infantil y salud mental*. Lima: Elvira Figueroa Sempértegui.

- Cazabat (2002) Efectos del trauma prolongado en la infancia. Recuperado el 19 de Octubre del 2009, en <http://www.interpsiquis.com/2002/>
- Centro de Estudios Sociales y Publicaciones (2004) *El trabajo infantil en las lomas de Carabayllo. Una mirada a la situación de niños, niñas y adolescentes que trabajan en el reciclaje de basura*. Lima: Centro de Investigaciones y Publicaciones.
- Chrisman, A., Egger, H., Compton, S., Curry, J. y Goldston, D. (2006). Assessment of childhood depression. *Child and Adolescent Mental Health* volume 11, 111-116.
- Coordinadora Inter federal de Salud (2001) *Soluciones prácticas en el trabajo infantil peligroso en el sector transporte manual de menores de 14 a 17 años*. Lima: CIS
- Del Barrio, V. (2008) *Tratando...depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V. (2005) Trastornos depresivos. En R. González (Ed). *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229-262) Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V. (2001) *La depresión infantil; factores de riesgo y posibles soluciones*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V., Frías, D. y Mestre, V. (1994) Autoestima y Depresión en niños. *Revista de psicología general y aplicada* 47, 471-476.
- Del Rio, M. y Cumsille, P. (2008). ¿Necesidad económica o preferencias culturales? La justificación parental del trabajo infantil en Chile. *Psykhe* 17, 41-52.
- Devanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S. y Murrelle, L. (2004). Spanish translation and reliability testing of the Child Depression Inventory. *Child psychiatry and human development* 35, 75-92.
- Erikson (1974) *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Fekadu, D., Alem, A. y Hagglof, B. (2006). The prevalence of mental health problems in Ethiopian child laborers. *Journal of child psychology and psychiatry* 47, 954-959.
- Ferro, R., Valero, L. y Vives, M. (2000) Aplicación de la psicoterapia analítica funcional: un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta* 106, 291-317.
- Fundación Telefónica (2008). *Programa Proniño*. Recuperado el 15 de Marzo, 2009, en <http://www.fundaciontelefonica.org.pe/>
- González, L. y Méndes, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción. *Terapia psicológica* 24, 5-14.
- González, Y. (2004) Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología* 20, 22-44.
- Haquin, C., Larraguibel, M. y Cabezas, J. (2004) Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría* 75, 425-433.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4^a ed.). México: Mc Graw- Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2000). *La Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2001). *Visión Del Trabajo Infantil en el Perú*. Recuperado el 25 de Enero del 2009, en <http://www1.inei.gob.pe/>
- Kagoshima, M. y Guerra, I.(2000) [Consideraciones sobre la educación para los niños trabajadores](#). En: Pieck, E. (cord). Los jóvenes y el trabajo. La educación frente a la exclusión social. OIT: México.

- Ladrón, E., Alcalde, S. y de la Viña, P. (2002). Depresión infantil. Un estudio en la provincia de Soria. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Levine, J., Weissel, R., Chevassus, S., Martínez, C. y Burlingame, B. (2002). Looking at child labour. *Psychology and behavoial Science Collection* 296, 1025-1026.
- Mantilla, L., Sabalza, M., Díaz, L. y Campos-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 33, 163-171.
- Marcelli, D. (2007) *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona: Masson
- Marrone, M. (2001) *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Prismática
- Méndez, F. (2001) *El niño que no sonríe; estrategias para superar la tristeza y depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Mendoza, N. (2005) *Características socio demográficas y estresores percibidos en un grupo de adolescentes trabajadoras del hogar en Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica.
- Molina, M. Tomás, J. Sbaté, N. y Baeza, E. (2001) Trastornos depresivos en niños y adolescentes. En J. Pedreira y J. Tomás (Eds.) *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*. (pp. 151-186). Barcelona: LAERTES
- Orbegoso, D. (2002) *Autoconcepto y depresión en niños obesos y no obesos*. Tesis de Maestría. Universidad Cayetano Heredia.
- Omokhodion, F., Omokhodion, S. y Odusote, T. (2005). Perceptions of child labour among working children in Ibadan, Nigeria. *Child Care, Health & Development* 32, 281-286.
- Organización Internacional del Trabajo (2005) *Nuevos desafíos en el combate contra el trabajo infantil por medio de la escolaridad en América central y América del sur*. San José: OIT

- Organización Internacional del Trabajo (2002) *Un futuro sin trabajo infantil. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo*. Ginebra: OIT
- Organización Internacional del Trabajo (1999) *Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación*. Ginebra: OIT.
- Physicians for Human Rights: Child Rights Group (2003). Child labour in India: a health and human rights condition. *The Lancet* 302, 32-33.
- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ediciones Morata.
- Proniño (2008). *Objetivos del Programa Proniño*. Recuperado el 15 de Marzo, 2009, en <http://www.pronino.pe/>
- Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (S.F). *Formas de trabajo infantil*. Recuperado el 25 de Enero del 2009, en <http://white.oit.org.pe/ipec/>
- Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (2004) *Registro de recomendaciones*. Ginebra: IPEC
- Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (2002) *Perú-Invisible y sin derechos: Aproximación al perfil del trabajo infantil doméstico*. Lima: IPEC
- Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (2001) *Estudio nacional sobre el trabajo infantil en la minería artesanal*. Lima: IPEC
- Ramírez, R. (2009) *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Reátegui, L. (1994) *La depresión infantil: estandarización del inventario de depresión para niños (CDI)*. Tesis de Licenciatura. Universidad Cayetano Heredia
- Rodríguez Sacristán, J. (2000) *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide
- Rosas, M. Gallardo, I. y Angulo, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación en niños adoptados. *Revista de psicología de la universidad de Chile* 9, 145-159
- Sanhis, F. (2008) *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Tesis de doctorado. Universidad Ramón Llull.
- Santana-Tavira, R. Sánchez-Ahedo, R. Herrera-Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México* 40, 1-9.
- Sarason, I. y Sarason, B. (1996) *Psicología Anormal*. México: Prentice May.
- Schaffer, D. y Waslick, B. (2003) *La depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Silva, G. (2008) *Percepciones y vivencias de los niños trabajadores acerca del trabajo infantil*. Lima: Fundación Telefónica.
- Steingard, R., Yurgelun-Todd, D., Hennen, J., Moore, J., Moore, C., Vakili, K., Youn, A., Katic, A., Beardslee, W. y Renshaw, P. (2000) Increased orbitofrontal cortex levels of choline in depressed adolescents as detected by in vivo proton magnetic resonance spectroscopy. *Journal of Biological Psychiatry* 48, 1053-1061. 2000
- Strohschein, L. (2005). Parental Divorce and Child Mental Health Trajectories. *Journal of Marriage and Family* 67, 1286-1300.
- The Harvard Mental Health Letter (2002). Depression in Children. *The Harvard Mental Health Letter*, 18.1-8

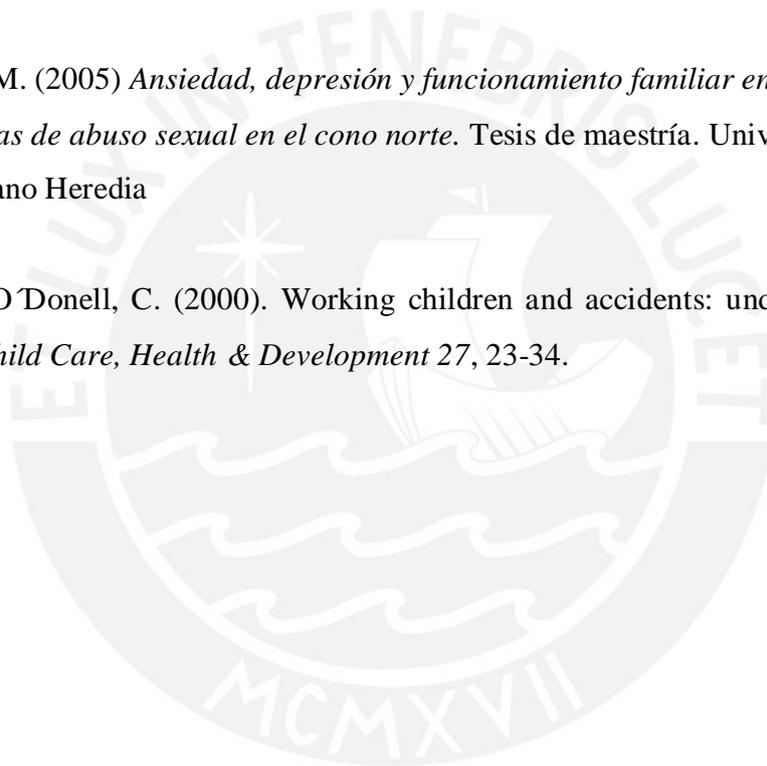
Ugarriza, N. y Escurra, M. (2002). *Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana*. Tesis de licenciatura. Universidad de Lima.

Toro, J. (2000). *Depresión y ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: pirámide.

Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, H., Trujillo, C. y Quiceno, J. (2006) Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente Antioqueño a partir del “Child Depression Inventory”-CDI. *Revista Diversitas* 2, 217-227.

Wawrzysko, M. (2005) *Ansiedad, depresión y funcionamiento familiar en niños víctimas de abuso sexual en el cono norte*. Tesis de maestría. Universidad Cayetano Heredia

White, L. y O'Donnell, C. (2000). Working children and accidents: understanding the risks. *Child Care, Health & Development* 27, 23-34.





Anexo A: Encuesta Socio demográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Por favor, llena todos tus datos en esta ficha. Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco.

Edad: _____

Sexo:

Femenino

Masculino

1. Año que te encuentras cursando: Segundo Tercero Cuarto Quinto

2. ¿Has repetido algún año? Sí No

3. En la actualidad, ¿te encuentras realizando algún trabajo o ayuda? Sí No

4. ¿Qué tipo de trabajo o ayuda es el que realizas? _____

5. ¿Recibes alguna propina, regalo, pago o comida por el trabajo que realizas? Sí No

6. ¿Estás contento con el trabajo que tienes?

Me siento muy contento/a con mi trabajo

La mayor parte del tiempo me siento contento/a con mi trabajo

Casi nunca me siento contento/a con mi trabajo

Nunca me siento contento/a con mi trabajo

7. ¿A qué edad comenzaste a trabajar o a colaborar con el trabajo de tus padres? _____

8. ¿Con quiénes vives? Marca todas las opciones que consideres necesarias

Mamá

Papá

Hermanos

Abuelos

Tíos

Primos

Madrastra o nueva pareja de mi papá

Padrastro o nueva pareja de mi mamá

Otros: _____

Muchas gracias

Anexo B: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)

INVENTARIO - CDI -

Los niños muchas veces tienen distintos sentimientos e ideas. Este formulario agrupa algunos sentimientos e ideas acerca de ti mismo. De cada grupo de tres frases escoge una que te describa mejor durante los últimos 15 días.

No hay respuesta correcta ni equivocada, solo escoge la frase que mejor describa cómo te has sentido últimamente. Coloca una "X"; al lado de tu respuesta: pon la marca dentro del recuadro que está al lado de la respuesta escogida.

Después de escoger la frase del primer grupo, pasa al grupo siguiente. Después de que termines la primera página, continúa con la siguiente.

Ejemplo:

- Leo libros todo el tiempo.
 - Leo libros de vez en cuando.
 - Nunca leo libros.
-

1.

- Rara vez me siento triste.
- Muchas veces me siento triste.
- Siempre me siento triste.

2.

- Nada me va a salir bien.
- No estoy seguro si las cosas me van a salir bien.
- Las cosas me van a salir bien.

3.

- Hago la mayoría de las cosas bien.
- Hago mal muchas cosas.
- Todo lo hago mal.

4.

- Muchas cosas me divierten.
- Me divierten algunas cosas.
- Nada me divierte.

- 5.
- Soy malo todo el tiempo.
 - Soy malo muchas veces.
 - Rara vez soy malo.
- 6.
- Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas.
 - Me preocupa que puedan pasarme cosas malas.
 - Estoy seguro que me pasarán cosas terribles.
- 7.
- Me odio a mi mismo.
 - No me gusto a mi mismo.
 - Me gusto a mi mismo.
- 8.
- Tengo la culpa de todas las cosas malas.
 - Tengo la culpa de muchas cosas malas.
 - Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas.
- 9.
- No pienso en matarme
 - Pienso en matarme pero no lo haría
 - Quiero matarme.
- 10.
- Siento ganas de llorar todos los días.
 - Muchos días me dan ganas de llorar.
 - Rara vez siento ganas de llorar.
- 11.
- Las cosas me molestan todo el tiempo.
 - Las cosas me molestan muchas veces.
 - Rara vez algo me molesta.

12.

- Me gusta estar con otras personas.
- Muchas veces no me gusta estar con otras personas.
- Yo no quiero estar con otras personas.

13.

- No puedo decidirme por algo.
- Es difícil para mí decidirme por algo.
- Me decido fácilmente por algo.

14.

- Me veo bien.
- Hay algunas cosas malas en mi apariencia.
- Me veo horrible.

15.

- Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio.
- Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio.
- Hacer mis tareas del colegio no es un gran problema.

16.

- Todas las noches tengo problemas para dormir.
- Varias noches tengo problemas para dormir.
- Duermo muy bien.

17.

- Rara vez me siento cansado.
- Muchos días me siento cansado
- Todo el día me siento cansado.

18.

- La mayoría de días no tengo ganas de comer.
- Varios días no tengo ganas de comer.
- Como muy bien.

- 19.
- No me preocupan dolores ni enfermedades.
 - Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades.
 - Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades.
- 20.
- No me siento solo.
 - Muchas veces me siento solo.
 - Todo el tiempo me siento solo.
- 21.
- Nunca me divierto en el colegio.
 - Solo de vez en cuando me divierto en el colegio.
 - Muchas veces me divierto en el colegio.
- 22.
- Tengo muchos amigos.
 - Tengo algunos amigos pero quisiera tener más.
 - No tengo amigos.
- 23.
- Mi rendimiento en el colegio es bueno.
 - Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes.
 - Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien.
- 24.
- Nunca podré ser tan bueno como los otros niños.
 - Puedo ser tan bueno como los otros niños si yo quisiera.
 - Soy tan bueno como los otros niños.
- 25.
- Nadie me quiere realmente.
 - No estoy seguro si alguien me quiere
 - Estoy seguro que hay personas que me quieren

26.

- Generalmente hago caso en lo que me dicen.
- Muchas veces no hago en lo que me dicen.
- Nunca hago caso en lo que me dicen.

27.

- Me llevo bien con los demás.
- Muchas veces me peleo con los demás.
- Todo el tiempo me peleo con los demás.

MUCHAS GRACIAS



Anexo C: Consentimiento informado para padres o tutores

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su hijo(a) está siendo invitado(a) a participar en una investigación sobre Aspectos Psicológicos en niños de Lima Metropolitana. Esta investigación es realizada por la Bachiller en Psicología Clínica Claudia Melo-Vega Vinatea y forma parte de una investigación que cuenta con el respaldo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. En este estudio se busca obtener una aproximación psicológica a los sentimientos e ideas de los niños que asisten al colegio y que pueden o no estar realizando otro tipo de actividad ajena a la académica.

Su hijo(a) ha sido seleccionado(a) para participar en esta investigación al estar matriculado como estudiante en uno de los colegios dirigidos por la ONG CESIP. Para ello, se ha coordinado con la dirección del colegio y con el profesor encargado del aula, para realizar la aplicación de la prueba (que durará un aproximado de 20 minutos), **durante el horario de clases**. Esta evaluación **no tendrá costo alguno**.

Si usted permite que su hijo(a) participe, le será solicitado que conteste una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y una prueba psicológica relacionada con los temas arriba mencionados. Su ayuda nos permitirá conocer más acerca de las variables mencionadas en esta población. En ese sentido, su participación es muy valiosa ya que contribuye a generar conocimiento que puede ser útil en el desarrollo de futuras estrategias psicológicas.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos. Por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

Integridad: Ninguna de las pruebas que le sean aplicadas le traerán algún tipo de daño o perjuicio.

Participación voluntaria: Ud. Y su hijo(a) tienen el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Para cualquier información adicional y/o dificultad puede contactarse al teléfono de la investigadora: **998782623** o con la Mg. Mónica Cassaretto, asesora de la investigación al Telf: **626 2000 anexo 4574**



Por favor, complete y envíe al colegio con su hijo(a) esta parte del documento el día de mañana.

ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

NO ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

Firma del Padre o Tutor

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo D: Análisis de confiabilidad del CDI

Alpha de Cronbach	N
,830	27

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CD 01	,547	,817
CD 02	,375	,824
CD 03	,519	,820
CD 04	,381	,824
CD 05	,262	,828
CD 06	,215	,829
CD 07	,473	,821
CD 08	,464	,820
CD 09	,281	,827
CD 10	,484	,820
CD 11	,430	,822
CD 12	,053	,839
CD 13	,256	,829
CD 14	,398	,823
CD 15	,285	,828
CD 16	,342	,825
CD 17	,439	,821
CD 18	,275	,827
CD 19	,195	,831
CD 20	,420	,822
CD 21	,447	,821
CD 22	,389	,823
CD 23	,434	,821
CD 24	,459	,820
CD 25	,421	,822
CD 26	,170	,831
CD 27	,429	,823

Anexo E: Análisis de la validez del CDI

K. M. O.	Test de Barlett	Significación
0,788	1,268	0.000

Componentes	Varianza total explicada						
	Eigenvalues iniciales			Extracción de suma de cuadrados ajustados			
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	
1	5,581	20,671	20,671	5,581	20,671	20,671	
2	2,149	7,958	28,630	2,149	7,958	28,630	
3	1,660	6,147	34,777	1,660	6,147	34,777	
4	1,497	5,546	40,323	1,497	5,546	40,323	
5	1,286	4,762	45,084	1,286	4,762	45,084	
6	1,225	4,535	49,620	1,225	4,535	49,620	
7	1,172	4,341	53,961	1,172	4,341	53,961	
8	1,023	3,790	57,750	1,023	3,790	57,750	
9	,993	3,677	61,427				
10	,929	3,442	64,869				
11	,878	3,251	68,120				
12	,822	3,044	71,164				
13	,786	2,912	74,076				
14	,743	2,754	76,830				
15	,739	2,738	79,568				
16	,668	2,474	82,042				
17	,627	2,321	84,363				
18	,562	2,080	86,443				
19	,524	1,941	88,384				
20	,518	1,920	90,304				
21	,482	1,785	92,089				
22	,452	1,674	93,762				
23	,401	1,484	95,247				
24	,349	1,293	96,540				
25	,332	1,229	97,769				
26	,313	1,159	98,928				
27	,289	1,072	100,000				

Método de extracción: Análisis del principal componente.

Anexo F: Sintomatología depresiva según grupos de edad

Edad	Muestra total					Muestra de niños trabajadores					Muestra de niños no trabajadores				
	N	Media	D.E.	U	P	N	Media	D.E.	U	P	N	Media	D.E.	U	P
6 y 7 años	41	14,87	8,98			22	15,86	8,33			19	13,74	9,77		
8, 9 y 10 años	153	13,44	7,53	2961,5	0,11	85	15,18	8,18	890,5	0,73	68	11,28	6,00	603,5	0,72
6,7 y 8 años	100	14,33	8,15	4320,5	0,29	51	16,43	7,77	1180	0,18	49	12,14	8,03	921	0,63
9 y 10 años	94	13,13	7,52			56	14,3	8,47			38	11,39	5,50		

*p< 0.05

Anexo G: Sintomatología depresiva según el año de estudios

Año que cursa	Muestra de niños trabajadores					Muestra de niños no trabajadores				
	N	Media	D.E.	X2	P	N	Media	D.E.	X2	P
Segundo	18	13,94	5,86			8	14,38	8,98		
Tercero	36	18,56	8,47			39	11,67	8,06		
Cuarto	30	13,03	8,43			23	11,87	5,90		
Quinto	23	14,30	7,81	9,27	0,03	17	10,88	4,73	0,98	0,81

*p< 0.05

Año que cursa	Muestra total					Muestra de niños trabajadores					Muestra de niños no trabajadores				
	N	Media	D.E.	U	P	N	Media	D.E.	U	P	N	Media	D.E.	U	P
Segundo y Tercero	101	14,74	8,39	4072	0,11	54	17,01	7,95	1049,0	0,02	47	12,13	8,18	898,5	0,72
Cuarto y Quinto	93	12,67	7,19			53	13,58	8,11			40	11,45	5,39		

*p< 0.05

Año que cursa	Trabaja	N	Media	D.E	U	P
Segundo grado	Sí	8	13,94	5,86		
	No	18	14,38	8,98	63,00	0,62
Tercer grado	Sí	39	18,57	8,47		
	No	36	11,67	8,06	373,50	0,00
Cuarto grado	Sí	23	13,03	8,43		
	No	30	11,87	5,90	340,00	0,93
Quinto grado	Sí	17	14,30	7,81		
	No	23	10,88	4,72	156,00	0,28

*p< 0.05

