

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO  
FACULTAD DE SOCIEDAD, CULTURA Y CREATIVIDAD  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA, TALENTO HUMANO Y SOCIEDAD  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS MIGRANTES VENEZOLANOS ENTRE  
LOS 7 Y 12 AÑOS**

**INFORME FINAL COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA**

**PRESENTA  
DIANA CATALINA CASTIBLANCO ALBA  
CÓDIGO 1320013434**

**DIRECTOR  
JAIME CASTRO MARTÍNEZ**

**JUNIO DE 2019**

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>PALABRAS CLAVES .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
<b>ESTRATEGIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>16</b>
<b>Diseño .....</b>	<b>16</b>
<b>Muestra .....</b>	<b>16</b>
<b>Instrumento.....</b>	<b>16</b>
<b>Procedimiento .....</b>	<b>18</b>
<b>Consideraciones éticas .....</b>	<b>18</b>
<b>Análisis Estadístico.....</b>	<b>19</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>37</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados puntaje disforia .....	21
Tabla 2. Resultados puntaje autoestima negativa.....	22
Tabla 3. Resultados puntaje depresión CDI Total.....	24
Tabla 4. Medias de puntajes por sexo .....	27
Tabla 5. Tabla Disforia.....	28
Tabla 6. Resultados comparación por grupo de edad en Disforia (ANOVA) .....	28
Tabla 7. Resultados prueba post hoc Tukey-b en disforia.....	29
Tabla 8. Autoestima negativa.....	29
Tabla 9. Resultados comparación por grupo de edad en Autoestima negativa (ANOVA) .....	29
Tabla 10. CDI Total.....	30
Tabla 11. Resultados comparación por grupo de edad CDI Total (ANOVA).....	30

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje por grupo de edad.....	20
Figura 2. Frecuencia en la presencia de Disforia .....	22
Figura 3. Frecuencia en la presencia de Autoestima negativa.....	24
Figura 4. Descripción de la puntuación total CDI.....	26
Figura 5. Descriptivos de depresión por sexo .....	27

## RESUMEN

El fenómeno migratorio es un proceso que se da por distintas causas. En el caso de Venezuela, se dio por la crisis socioeconómica, que ha puesto en riesgo la vida de sus habitantes. Los mismos, se han visto obligados a desplazarse de manera individual o en grupos a otros lugares geográficamente distantes, en su mayoría, se trasladan a los vecinos países de América, entre ellos, Colombia. Este estudio cuantitativo, descriptivo no experimental, tuvo como objetivo describir la sintomatología de depresión en un grupo de niños y de niñas migrantes ubicados en el Barrio Unir, de la ciudad Bogotá, Colombia. Participaron 30 niños con edades entre los 7 y 12 años, quienes viven junto a sus padres y/o familiares, pertenecientes a diferentes grupos étnicos del país vecino Venezuela. Los niños leyeron y respondieron el cuestionario CDI (Kovacs, 2011), después de que sus acudientes aprobaron y firmaron el consentimiento informado. Este proceso tuvo acompañamiento de la investigadora. Los resultados indican que no existen diferencias significas por género, mientras que la edad es una variable relacionada con la depresión, pues a menor edad mayor incidencia depresiva, tanto en el perfil de disforia como en autoestima negativa. Sin embargo, los puntajes obtenidos indican que existe una incidencia, en la muestra, del 10% de sintomatología depresiva, ya sea leve y/o severa, debido a condiciones de migración.

### **PALABRAS CLAVES**

Depresión, niños, migración, salud mental.

## INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno constante en la vida de los seres humanos, que conlleva a la acción de movilizarse de un lugar a otro, ya sea por motivos de supervivencia, o porque buscan mejorar su calidad de vida. No obstante, en los últimos años, la principal razón de migración ha sido conseguir un empleo que les permita, a los migrantes, obtener mayores ingresos y, así, poder ayudar a sus familias y favorecer sus condiciones de vida, educación y patrimonio (Guzmán, González, & Rivera, 2015).

Existen varias razones por las cuales las personas migran de un país a otro, dentro de estas, se encuentra la crisis humanitaria, que se efectúa cuando gran parte de la población de un país determinado se encuentra en riesgo de muerte, enfrentándose a la hambruna, la enfermedad, el agotamiento y circunstancias caóticas que ponen en riesgo total su existencia (C. A. Ruiz, 2018), como es el caso de Venezuela, donde más de 700 mil ciudadanos venezolanos se han desplazado a Colombia (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2018). Todo esto como consecuencia de las crisis políticas y sociales del vecino país, lo que provoca que ambos países, es decir, Colombia y Venezuela, deban enfrentar emergencias sociales y de salud durante los movimientos transfronterizos que han tenido lugar desde el año 2016.

Estos cambios migratorios, dados en estas circunstancias, son un factor estresante asociado con múltiples problemáticas de salud, económica, de género, políticas, sociales y familiares, que giran en torno a condiciones ambientales diferentes a las que estaban acostumbrados antes de marcharse; dichos cambios afectan comportamientos, relaciones sociales, dieta, crecimiento y salud en general, pudiendo transformar dramáticamente la vida del migrante (Guzmán et al., 2015). Es decir, que estos cambios, pueden ser estresores que generan ansiedad y

depresión en los migrantes. Del tal modo, se produce un impacto negativo en la salud mental de los niños, pues aparecen síntomas como preocupación frecuente y excesiva, sentimientos de fracaso, irritabilidad, miedo, insomnio, desesperanza, entre otros (Vera, 2009).

La migración, por supuesto, genera impacto en las familias. Por una parte, quienes se marchan padecen dolor por dejar a sus seres queridos, así como nostalgia por estar lejos de casa; mientras tanto, quienes se quedan en casa sin quien partió, sufren incertidumbre por desconocer el futuro y lo que depara a quien migró y, por ende, su ausencia involucra un sentimiento de abandono que crece cuando los hijos e hijas están en la etapa temprana de crecimiento y desarrollo, lo que genera un ambiente de desconocimiento y resentimiento, esto, cuando los menores se quedan en el seno de su hogar y sus padres son los migrantes.

Cuando los niños hacen parte del peregrinaje junto con sus familias, sufren incomodidades y peligros, no solo por el gran flujo migratorio, sino también porque, en algunas ocasiones, se ven obligados a ayudar con los gastos básico del hogar, a través de un trabajo informal, como lo son las ventas ambulantes, exponiendo así su salud e integridad física y psicología (Guzmán et al., 2015).

También están los niños transnacionales que constantemente están en un “ir y venir” de un país a otro, quienes, aunque tengan documentos al día, deben enfrenar cambios drásticos como la variación de cultura, lenguaje y costumbres, además de la educación a la que no todos tienen la oportunidad de acceder, pues no tienen los permisos de ingreso y permanencia (PIP), requisito fundamental para matricular a los menores (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2019).

## MARCO TEÓRICO

En los últimos años, diversos estudios han centrado su atención en los problemas de salud mental en niños. Es de especial interés aquellos referidos a la depresión infantil, siendo considerada esta un trastorno mental frecuente y “una de las principales causas de discapacidad que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018, p.1).

La depresión es una enfermedad usualmente perdurable que, según Villalobos (2008) “afecta un 0,3% de los preescolares y un 2% de los escolares” (p.331). Y es que la depresión en niños menores de 8 años, por lo general, no es reconocida, puesto que los síntomas de esta se expresan de forma no verbal, es decir, “lo hacen frecuentemente de una manera somática: dolores de cabeza, dolores de estómago, o con una simple expresión de “no sentirse bien”; otras veces asocian alucinaciones auditivas” (p. 332).

En otras ocasiones, la depresión se percibe como problemas de comportamiento, en especial la pérdida de interés por jugar con los amigos. Niños entre 9 y 12 años tienden a expresar la depresión como el deseo de fugarse de la casa, acompañado también de problemas de baja autoestima, desesperanza o deseo de morir. En adolescentes de 12 a 17 años, se evidencian alteraciones en el sueño y otras asociadas a la pérdida de apetito, decepción, y desesperanza de vida, acompañada de pensamientos suicidas y rebeldía. No obstante, se debe tener en cuenta factores de riesgo asociados, como “historia familiar de la enfermedad, historia de manía y retardo psicomotor asociado a síntomas depresivos” (Villalobos, 2008, p.332).

Existen múltiples factores asociados a este trastorno, como lo son: el inicio de este, permanencia, reincidencia e intensidad. Otros factores están relacionados con características

propias del niño, genéticas o ambientales (Ureña, 2013). Algunos estudios han demostrado que entre el 20% y el 50% de los jóvenes que padecieron trastornos depresivos en la infancia o adolescencia tuvieron antecedentes familiares relacionados con trastornos mentales o depresivos. Así es como hijos de padres depresivos tienen una tendencia mayor a sufrir depresión (Restrepo et al., 2017). En cuanto a los infantes que desarrollan esta enfermedad, es más probable que uno de los padres haya sufrido depresión en edades tempranas (Pacheco & Chaskel, 2016).

Por otro lado, los mismos autores coinciden en que algunos rasgos frecuentes en los factores ambientales asociados con la depresión en niños y adolescentes son: cualquier tipo de violencia, como el abuso sexual, el abandono, los divorcios, las pérdidas afectivas, el fallecimiento de una persona cercana y los desastres naturales. También se relaciona con eventos vitales dolorosos, enfermedades crónicas, factores socioeconómicos, pertenencia a grupos marginales, matoneo o cualquier otro que el niño o adolescente interprete como traumático (Restrepo et al., 2017).

Ahora bien, es necesario comprender y observar la presencia de las siguientes características propias del niño, que contribuyen al desarrollo de depresión: aumento de ansiedad, baja autoestima, desfiguraciones cognitivas, pobre desempeño académico y carencias en sus habilidades sociales (Velasquez & Montgomery, 2009). Estos signos aumentan la probabilidad de presentar ideación suicida, así como intentos de acabar con su propia vida, pues está comprobado que los intentos de suicidio en niños y adolescentes están dentro de las patologías asociadas a la depresión (Bella, Fernandez, & Willington, 2010).

Aunque la depresión, en definitiva, se ha convertido en un fenómeno común, no solo en adultos sino también en niños, se ha observado que, por lo menos el 30% de la población infantojuvenil que padece estos síntomas nunca ha sido clínicamente diagnosticado (Sandín,

Valiente, & Chorot, 2009). Es probable que exista cierta creencia al considerar algunas conductas, referentes a la parte emocional, como parte del desarrollo de los niños, pues se ha considerado que un desajuste emocional hace parte de este proceso vital cuando, en realidad, dichas conductas intervienen de manera negativa en el proceso de adaptación social. Entre las conductas desadaptadas de carácter interno se encuentran, principalmente, la inestabilidad emocional (neuroticismo o ansiedad) y la depresión, donde la primera se refiere al inconveniente para dar una respuesta asertiva a cierto estímulo en diversas magnitudes, generando, entonces, angustia y depresión a la hora de dar solución a los problemas del diario vivir (Barrio, Moreno, & López, 2001).

Por otra parte, investigaciones han encontrado que la variable de depresión es mayor en el género femenino que en el masculino (Gaviria, 2009); sin embargo, diversos estudios han mostrado que no hay diferenciación de sintomatología depresiva antes de cumplir los 11 (Ruiz & Lago, 2005). Los síntomas depresivos tienden a aumentar después de esta edad (Rey, Bella, & Liu, 2017), siendo más recurrente en las niñas e, incluso, se va incrementando con el pasar del tiempo (Toro & Cardona, 2010) y, en su defecto, las mujeres tienen mayor tendencia a desarrollar una depresión junto con problemas de ansiedad e ideación suicida (Bazán, Olórtégui, Vargas, & Huayanay, 2016; Ministerio de Salud de Colombia, 2017b; Rey et al., 2017); esto explica, de algún modo, por qué acuden con mayor frecuencia, las mujeres, a ayudas psicológicas (Vinaccia et al., 2006). A continuación, síntomas que caracterizan la depresión según la etapa de vida en la infancia y adolescencia propuesta por Pacheco y Chaskel (2016):

***Prescolares (3 a 6 años).*** El indicativo más habitual es la ansiedad. En niños de primera infancia, la ansiedad se presenta con las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis), que hacen referencia al control de esfínteres. Se manifiesta con rasgos

faciales de tristeza, impasible o inexpresiva, poca o nula socialización, no participa en actividades lúdicas con otros, conversa poco y no interactúa; hay pérdida de apetito sin razón aparente y somatizaciones. Otros síntomas más frecuentes son: dolores de cabeza, dolores abdominales, sentimiento colérico y manifestaciones de rabia. También pueden expresar retraso en su crecimiento, referente a peso y talla esperada para su edad cronológica, retraso a nivel cognitivo y motor o inconvenientes en su madurez emocional.

***Escolares (7 años a la pubertad).*** Por lo general su expresión es de angustia, indiferencia, cólera, violencia, inquietud o hipercinético, tristeza, fastidio, desánimo, sentimiento de culpa y, en ocasiones, ideas suicidas, comportamientos que atentan contra la propia vida, como lesionarse, disminución del rendimiento escolar, apatía escolar, conflictos de conducta, trastorno del sueño, desorden alimenticio y trastornos somáticos.

***Adolescentes.*** Los indicios en esta etapa son similares a los de la edad de pubertad, pues presentan conductas que ponen en peligro su vida: se exponen al exceso de alcohol y sustancias psicoactivas, tienden a ser iracundos e irritables, por ende, violentos y ásperos en sus respuestas, todo esto acompañado por sentimientos de rechazo. Prefieren estar solos, y es notorio el descuido en el autocuidado, son demasiados sensibles a cualquier estímulo, en lo que se observa cierto retraimiento social, pensamientos constantes de culpabilidad, autoimagen deteriorada y baja autoestima.

En cualquiera de estas edades se pueden presentar signos depresivos, y es deber de los padres, maestros y cuidadores estar al pendiente de dichos signos, de este modo, nos es posible prevenir y dar cuidado oportuno para evitar un mal desenlace. Estos autores también afirman que la depresión, en ocasiones, es resultado de todas aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, así como de conductas o ambientes que causan un incremento de la susceptibilidad

para una enfermedad específica, una salud deficiente, lesiones, o que ponen en peligro de la vida e integridad física y mental de una persona (Pacheco & Chaskel, 2016); y estas, precisamente, son características propias de la situación que actualmente sufre el país de Venezuela, y de las que son víctimas los niños y niñas que han migrado a Colombia.

Esta compleja situación ha generado un impacto sociopolítico y económico donde familias venezolanas se han visto obligadas a abandonar sus casas (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2019). En definitiva, los niños son los más vulnerables ante esta crisis humanitaria que evidentemente produce estrés y afecta su bienestar e integridad. Es por ello que el núcleo familiar juega un papel muy importante, ya que, mediante la unidad de todos sus integrantes, se convierte en un amortiguador del estrés, facilitando la adaptación y supervivencia frente a nuevos desafíos y entornos (Ramírez & Hernández, 2012). Por lo tanto, la familia hace parte de los factores protectores frente a la depresión.

Sin embargo, el creciente aumento de migraciones venezolanas deja claro que el principal motivo de inmigración es la búsqueda de mejorar los niveles de vida, así como involucrarse laboralmente para poder acceder a una educación, salud y vivienda digna. Y aunque la migración traiga consigo riesgos, sigue siendo la única una opción esperanzadora de progreso para el migrante (Liwski, 2008). De no ser por estos procesos migratorios los niños que viajan no serían beneficiados de las oportunidades de desarrollo, como consecuencia de los ingresos en la familia, lo que minimiza la posibilidad de mano de obra infantil. Sin embargo, Liwski (2008), afirma que algunas familias con intención de migrar “no muestran interés de invertir en la educación de sus hijos, porque consideran que ésta no será relevante ni reconocida en el país de destino” (p. 84). Aún cuando algunos tienen la posibilidad de estudiar, pueden presentar dificultades para adecuarse socialmente al nuevo entorno, ya que el desprendimiento de sus vínculos afectivos más

cercanos, como amigos y familiares, puede limitar sus habilidades innatas para beneficiarse de los contenidos educativos de la escuela (Liwski, 2008).

Otros factores comunes que amenazan la integridad de los niños migrantes (en especial para aquellos que viajan sin la compañía de sus padres) son: la exposición a la violencia de género, el trabajo doméstico, discriminación, falta de acceso a vivienda, falta de acceso a la alimentación y a servicios sanitarios (Unicef, 2019). Aún para aquellos que viajan con sus familiares, se dificulta el progreso en el país al que preceden en su estadía, pues el proceso de documentación es complejo y hasta costoso en algunas ocasiones, impidiendo el acceso a un trabajo estable y bien remunerado, capaz de suplir las necesidades básicas del hogar.

Ahora bien, el nivel socioeconómico puede estar relacionado con la depresión, y es que, de acuerdo con Rodríguez (2010), en su estudio sobre la relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños, los niños de estratos sociales más bajos se perciben más deprimidos que los de clase media, así que es factible que la aparición de un trastorno depresivo este promovida por un grupo particularmente vulnerable de niños. Esto se debe a que el bajo nivel socioeconómico puede estar asociado a múltiples eventos vitales negativos que aumentan la viabilidad de la presencia de alguna alteración mental, entre éstas, las depresivas.

Este mismo autor describe que los niños de estratificación baja son susceptibles a mayor depresión, mostrándose con poca energía y ánimo, así como baja autoestima, en comparación con los niños de clase media. Como consecuencia, la depresión a edades tempranas suele obstaculizar el desarrollo de aptitudes sociales, pedagógicas e interpersonales, influyendo de forma negativa en la adaptación del niño a su medio, y promueve rupturas en varios aspectos de su vida.

Por su parte, Vera Noriega y Robles Luján (2010), afirman que quienes presentan mayores riesgos de padecer estrés, ansiedad y depresión son los niños migrantes, esto, después de estudiar las condiciones de vida de niños migrantes mexicanos; según lo explican los autores, en el proceso de traslado, los niños sufren pérdidas que traen consigo un sentimiento de duelo, esto, sumado a diversos estresores ambientales, provocan en ellos el aumento de su vulnerabilidad física y mental, por lo que síntomas de estrés superiores a los normales aparecen en este tipo población, al igual que algunos síntomas depresivos.

Vera Noriega (2009), por ejemplo, menciona que el contexto migratorio presenta algunos estresores comunes, como desamparo, miedo a los peligros físicos y la lucha por la subsistencia, entre otros. Estos son la base psicosocial del estrés, que están estrechamente vinculados con los síntomas depresivos, como “la tristeza, llanto, culpa e ideación suicida; síntomas ansiosos como el nerviosismo, las preocupaciones recurrentes y excesivas, irritabilidad, e insomnio; dentro del área de las somatizaciones algunas manifestaciones como cefalea, fatiga y problemas osteomusculares” (p.340).

También se pueden presentar alteraciones como confusión, desorientación visoespacial y temporal, pérdida de memoria, dificultad para recordar y problemas en las funciones de atención y concentración. Esto explica las dificultades académicas que presentan algunos niños con síntomas depresivos, así como la afectación en las relaciones interpersonales, causando dificultad para expresar los sentimientos y comprender a los demás (Gamboa, 2008).

Otras situaciones más complejas son las vividas por los niños que proceden de una migración solitaria, es decir, niños que viajaron en ausencia de sus padres o familiares, asumiendo mayores riesgos de los ya habidos, haciéndolos más vulnerables (Suárez & Jiménez, 2011). Ellos, en medio de su vulnerabilidad, son asechados e impulsados por redes de “amigos”,

al vandalismo, como medio para conseguir el sustento diario, esto pasa, cuando la venta abundante no les proporciona los recursos necesarios.

Teniendo en cuenta la situación migrante actual de Venezuela, y su implicación en los niños, el objetivo de este estudio consiste en describir las condiciones de salud mental en las que se encuentran menores migrantes que están residiendo en la ciudad de Bogotá, Colombia. Dicho de otra manera, se establece una búsqueda de sintomatología depresiva que perturbe su salud, y saber si esto podría estar asociado, de alguna forma, a la condición de migrante. Por su parte, la hipótesis general alude a que la migración de menores va acompañada de la presencia de depresión infantil que, aun cuando no se le puede adjudicar específicamente al fenómeno migratorio, es posible identificar algunas características ligadas a éste.

## ESTRATEGIA METODOLÓGICA

### Diseño

Este estudio tiene un alcance descriptivo, y está dentro de las investigaciones cuantitativas no experimentales. Según Hernandez, Fernandez y Baptista (2014), este tipo de estudios, pretenden especificar las características propias de la población estudiada; de este modo, se procedió a analizar y describir el fenómeno dado en los niños venezolanos en situación de migración en su contexto natural.

### Muestra

La población está comprendida por 30 niños de nacionalidad venezolana residentes del barrio Unir, de estratos 1 y 2, localidad de Engativá, en la ciudad de Bogotá, Colombia. La muestra estuvo conformada por 17 niñas correspondientes al 56 % de la muestra, y 13 niños correspondientes al 43% de la misma, con edades comprendidas entre los 7 y 12 años ( $M= 9.4$ ,  $DE= 1.6$ ). La selección de los participantes fue intencional. Los mismos fueron elegidos de casas aleatorias del sector previamente escogido. Todos los sujetos cumplieron con los criterios de inclusión, que son: tener entre 7 y 12 años, ser de nacionalidad venezolana y residir en el sector antes mencionado por condiciones de migración.

### Instrumento

*Inventario de Depresión Infantil CDI*. Para este estudio se utilizó el inventario de Depresión Infantil CDI construido por Kovacs (2011). La última y presente versión tiene 27

ítems, cada uno de ellos enunciados en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño. El CDI evalúa dos escalas:

1) *Disforia*. Entendida como la manifestación de tristeza, expresiones de pesimismo, desdicha, soledad y sentimiento de vulnerabilidad, acompañado de cambios de estados de ánimo, irritabilidad, llanto frecuente por sensibilidad ante cualquier estímulo, pensamientos negativos frente al futuro y dificultad de complacer sus intereses (Arias & Segura, 2017). Sus principales componentes son: humor depresivo, tristeza y preocupación. Esta escala contiene 16 reactivos correspondientes a los ítems: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17,18, 20, 21, 22, 25, 27.

2) *Autoestima negativa*. Los mismos autores afirman que esta se expresa por el individuo con sentimientos de culpabilidad, fealdad, incapacidad y estados coléricos frecuentes. En algunas ocasiones se evidencian ideas de persecución, ideación suicida, e intentos de huir de casa. Sus principales componentes son: juicios de ineficacia, fealdad y maldad. Esta escala está compuesta por 11 reactivos correspondientes a los ítems: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24, 26.

En cada prueba existen 3 frases con diferentes afirmaciones. El participante debe poner un aspa (X) junto a la frase que mejor le describa. Una vez hecho esto, se hace la sumatoria respectiva y estas puntuaciones se consultan en la tabla de baremos (incluida en la ficha técnica del instrumento); entonces, se transforman en las diferentes puntuaciones que indican el perfil del individuo en las escalas independientes (Disforia y Autoestima) y en el CDI total.

El resultado total del Cuestionario de Depresión Infantil es proporcionado por la sumatoria de los reactivos en sus subescalas (Disforia y Autoestima), que deben calificarse en una puntuación de 0 a 2. El CDI tiene una confiabilidad expresada en un Alfa de Cronbach de 0,785 (Cano, 2013). Este cuestionario puede ser contestado directamente por los niños evaluados,

como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia, como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento, los ítems deben leerse en tercera persona.

### **Procedimiento**

El procedimiento de este estudio se rigió por las debidas instrucciones para la aplicación del cuestionario CDI. Así que, inicialmente se estableció contacto con los padres o acudientes de los menores, quienes autorizaron la aplicación del cuestionario. Posteriormente, se permitió el acceso a los participantes, teniendo en cuenta los criterios de selección previamente definidos. Finalmente, se aplicó el cuestionario a los sujetos que respondieron afirmativamente a la solicitud de participación. El cuestionario se aplicó en dos sesiones, en el domicilio de cada participante, con una duración de 25 minutos por cada uno. Luego de la aplicación del instrumento, se hizo la respectiva calificación y tabulación de datos, seguido del análisis y discusión de los resultados de acuerdo a las teorías referenciadas.

### **Consideraciones éticas**

Previo a la aplicación de dicho instrumento se solicitó a los padres o acudientes de los menores firma del consentimiento informado, a la vez que se les explicó de manera verbal y escrita en qué consistía dicho estudio. También, se informó que los datos recogidos serían usados únicamente para fines académicos y garantizando la confidencialidad y anonimato de los niños. Una vez diligenciado el consentimiento informado y el asentimiento del menor, se procedió al autodiligenciamiento de los cuestionarios, brindando la asesoría y colaboración necesaria.

### **Análisis Estadístico**

Para la estadística descriptiva se usó el programa SPSS versión 24 para Windows. Se realizó un análisis de varianza ANOVA para comparar los resultados por grupo de edad con el perfil de Disforia, Autoestima y CDI total y, así mismo, se usó una prueba *t* para comparar los puntajes promedios de depresión (Puntaje CDI total) por sexo.

## RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos del análisis de la muestra en gráficas y tablas, donde se evidencian frecuencias y porcentajes de los perfiles tanto de disforia como de autoestima. Del mismo modo, se presentan los resultados totales del CDI, así como las puntuaciones vistas desde la prueba *t* y ANOVA, señalando que no existen diferencias significativas entre los grupos por edad y sexo.

En la gráfica 1 se muestran las variables sociodemográficas por grupo de edad, comprendida entre los 7 y 12 años, separadas en 3 grupos, siendo el grupo de (7-8) años quien contó con mayor número de participantes en el estudio.

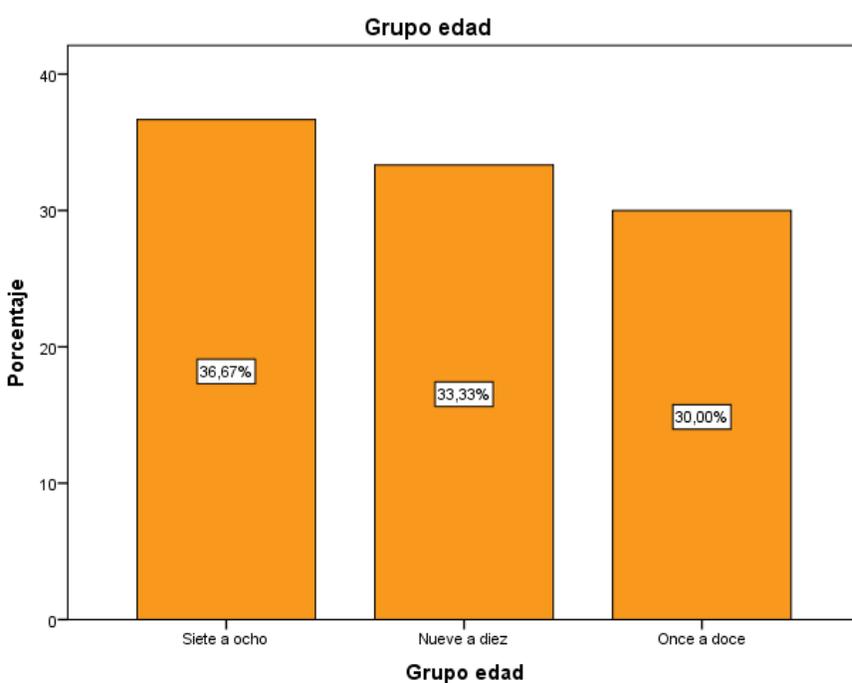


Figura 1. Porcentaje por grupo de edad

En la tabla 1 pueden apreciarse los resultados referentes a la variable de disforia. Según esto, solo hubo un puntaje igual a 75 percentiles. Las demás puntuaciones están por debajo de

este. Es decir, la mayoría de los participantes indican niveles de disforia dentro de los límites normales, por lo que no hay sintomatología de disforia en general.

*Tabla 1. Resultados puntaje disforia*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	3,3	3,3	3,3
2	1	3,3	3,3	6,7
5	5	16,7	16,7	23,3
10	4	13,3	13,3	36,7
15	3	10,0	10,0	46,7
20	3	10,0	10,0	56,7
25	1	3,3	3,3	60,0
30	6	20,0	20,0	80,0
35	1	3,3	3,3	83,3
40	1	3,3	3,3	86,7
45	1	3,3	3,3	90,0
50	1	3,3	3,3	93,3
70	1	3,3	3,3	96,7
75	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Nota. Pc=percentiles. Estos valores van de acuerdo con la tabla de baremos para evaluar el cuestionario CDI.

En la figura 2, se presenta mayor frecuencia en la presencia de disforia en 6 participantes (el 20% de la muestra), seguido por 5 participantes (16,7% de ellos) que puntuaron 5 en la tabla de baremos, indicando así que no hay signos alarmantes de disforia; sin embargo, un participante

alcanzo puntuación de 75 percentiles, estando 3 puntos por debajo de lo que es sintomatología leve en este perfil.

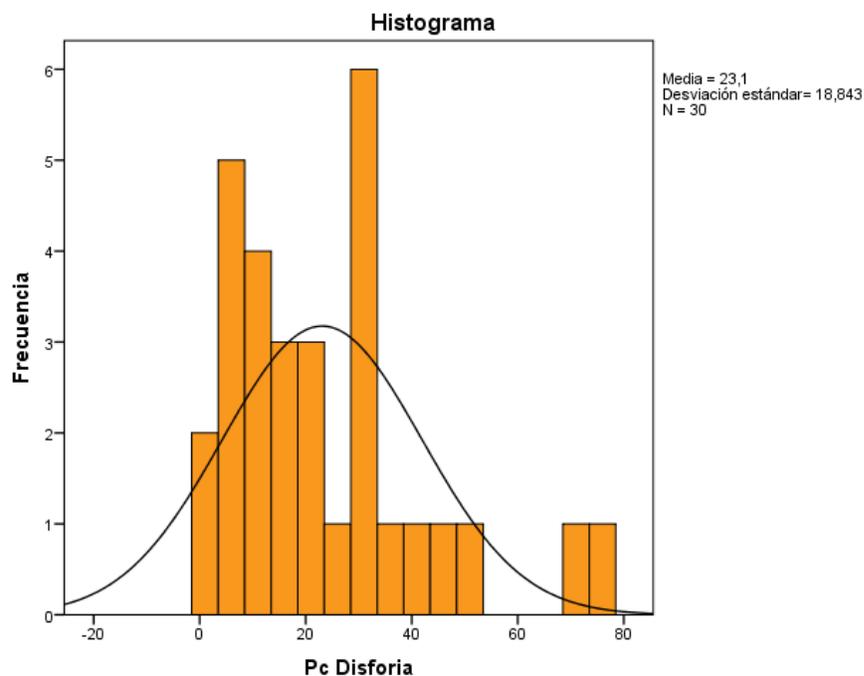


Figura 2. Frecuencia en la presencia de Disforia

La tabla 2 muestra las puntuaciones de autoestima negativa, según la calificación dada en la tabla de baremos, presentando mayor frecuencia en los percentiles 5, 20, 25, donde los participantes puntuaron, en su mayoría, en los reactivos referentes a esta variable, indicando en ellos características propias de autoestima negativa dentro de los límites normales. Por otra parte, solo 2 participantes mostraron una puntuación igual a 75 baremos, mostrando mayor incidencia en la disminución de autoestima, a comparación del resto de participantes.

Tabla 2. Resultados puntaje autoestima negativa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5	4	13,3	13,3	13,3

10	3	10,0	10,0	23,3
15	1	3,3	3,3	26,7
20	5	16,7	16,7	43,3
25	6	20,0	20,0	63,3
30	1	3,3	3,3	66,7
35	2	6,7	6,7	73,3
40	2	6,7	6,7	80,0
45	2	6,7	6,7	86,7
55	1	3,3	3,3	90,0
60	1	3,3	3,3	93,3
75	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

---

Nota. Pc=percentiles. Estos valores van de acuerdo a la tabla de baremos para evaluar el cuestionario CDI.

En la figura 3, se valida la información de la tabla 2, mostrando que el 93% de la población indican autoestima sin sintomatología depresiva.

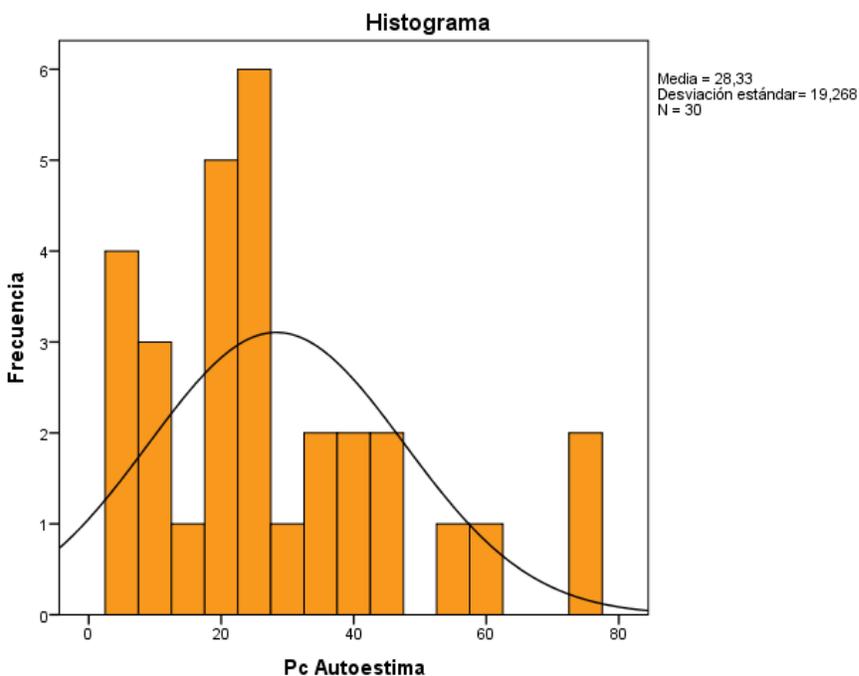


Figura 3. Frecuencia en la presencia de Autoestima negativa

En la tabla 3 podemos observar los resultados totales del CDI. Estos provienen de los cálculos estadísticos entre los perfiles de autoestima y depresión, en conjunto con las transformaciones respectivas de estos valores en la tabla de baremos. Aquí podemos evidenciar que el 86,6 % de la población no tiene sintomatología depresiva. El 10% de los evaluados evidencian sintomatología leve, y el 3,3%, es decir, 1 participante, mostró un nivel de sintomatología depresiva severa.

Tabla 3. Resultados puntaje depresión CDI Total

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10	2	6,7	6,7	6,7
15	1	3,3	3,3	10,0
25	1	3,3	3,3	13,3

30	3	10,0	10,0	23,3
35	1	3,3	3,3	26,7
45	3	10,0	10,0	36,7
50	1	3,3	3,3	40,0
55	2	6,7	6,7	46,7
60	1	3,3	3,3	50,0
65	3	10,0	10,0	60,0
75	4	13,3	13,3	73,3
80	2	6,7	6,7	80,0
85	2	6,7	6,7	86,7
91	3	10,0	10,0	96,7
97	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

---

Según la figura 4, la curvatura nos señala que la tendencia en la muestra no presenta sintomatología depresiva, y solo un porcentaje correspondiente al 13% no se ajusta a estos valores.

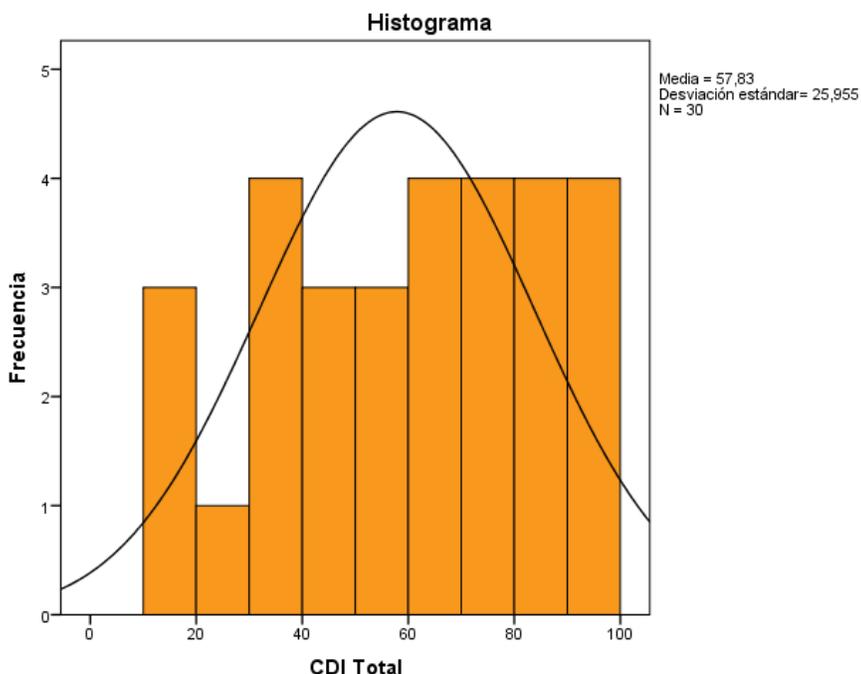


Figura 4. Descripción de la puntuación total CDI

Para comparar los desempeños en los componentes de la prueba CDI entre niños y niñas, se utilizó una prueba *t*. La media del puntaje de disforia en los niños fue de 20,8 ( $DE=14,14$ ), mientras que la media del puntaje en las niñas fue de 24,8 ( $DE=22,04$ ). Con un  $t=-.56$ ,  $p=.576$  se concluye que no hay diferencias en las medias de los puntajes de disforia entre niños y niñas.

La media del puntaje de autoestima en los niños fue de 28,0 ( $DE=18,87$ ), mientras que la media del puntaje en las niñas fue de 28,5 ( $DE=20,13$ ). Con un  $t=-.063$ ,  $p=.951$  se acepta la  $H^0$ , por tanto, no hay diferencias en las medias.

La media del puntaje de CDI Total en los niños fue de 54,6 ( $DE=24,40$ ), mientras que la media del puntaje en las niñas fue de 60,2 ( $DE=27,57$ ). Con un  $t=-.573$ ,  $p=.571$  se acepta la  $H^0$ , por tanto, no hay diferencias en las medias.

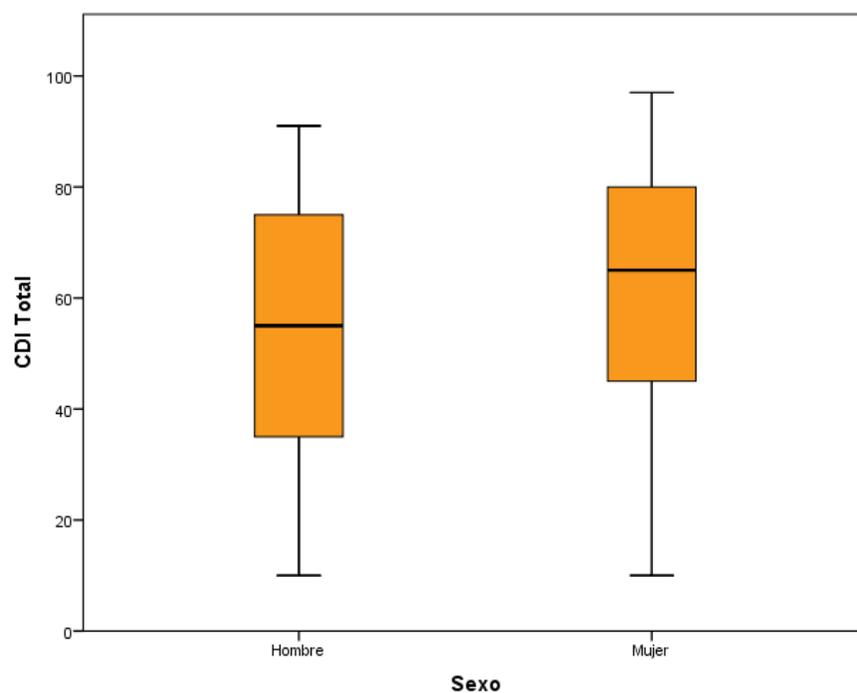


Figura 5. Descriptivos de depresión por sexo

Tabla 4. Medias de puntajes por sexo

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Pc Disforia	Hombre	13	20,85	14,147	3,924
	Mujer	17	24,82	22,049	5,348
Pc Autoestima	Hombre	13	28,08	18,879	5,236
	Mujer	17	28,53	20,137	4,884
CDI Total	Hombre	13	54,69	24,401	6,768
	Mujer	17	60,24	27,574	6,688

Con el fin de comparar los puntajes promedio de cada uno de los componentes de la prueba CDI por rango de edad, se utilizó el estadístico de ANOVA. La media del puntaje de disforia entre los 7 a 8 años fue de 32,7 ( $DE=25,13$ ), de los 9 a los 10 fue de 21,0 ( $DE=11,00$ ) y de los 11 a los 12 fue de 13,6 ( $DE=11,31$ ). Con un  $F(2, 27) = 2.98$   $p=.067$ , se concluye que no hay diferencias en las medias del puntaje de disforia entre los grupos de edad. Sin embargo, el puntaje de  $p=.067$  sugiere posibles diferencias tomando como posibilidad de rechazo de la  $H^0$  un valor de  $p<0.1$ .

*Tabla 5. Tabla Disforia*

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Siete a ocho	11	32,73	25,136	7,579
Nueve a diez	10	21,00	11,005	3,480
Once a doce	9	13,67	11,314	3,771
Total	30	23,10	18,843	3,440

*Tabla 6. Resultados comparación por grupo de edad en Disforia (ANOVA)*

ANOVA					
Pc Disforia	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1864,518	2	932,259	2,985	0.067
Dentro de grupos	8432,182	27	312,303		
Total	10296,700	29			

La prueba post hoc de Tukey-b señala diferencias entre los grupos de edad, especialmente entre el grupo de niños de menor edad (7 a 8) y el grupo de mayor edad (11 a 12).

Tabla 7. Resultados prueba post hoc Tukey-b en disforia

<b>TUKEY-B</b>		
Subconjunto para alfa = 0.05		
Grupo de edad	N	1
Once a doce	9	13,67
Nueve a diez	10	21,00
Siete a ocho	11	32,73

Nota. Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos: a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica =9,933; b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Con el fin de comparar los puntajes promedio de cada uno de los componentes de la prueba CDI por rango de edad, se utilizó el estadístico de ANOVA. La media del puntaje de autoestima entre los 7 a 8 años fue de 35,9 ( $DE=20,22$ ), de los 9 a los 10 fue de 27,5 ( $DE=21,50$ ) y de los 11 a los 12 fue de 20,0 ( $DE=12,50$ ). Con un  $F(2, 27) = 1.79$   $p = .185$ , se concluye que no hay diferencias en las medias del puntaje de autoestima negativa entre los grupos de edad.

Tabla 8. Autoestima negativa

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Siete a ocho	11	35,91	20,226	6,098
Nueve a diez	10	27,50	21,506	6,801
Once a doce	9	20,00	12,500	4,167
Total	30	28,33	19,268	3,518

Tabla 9. Resultados comparación por grupo de edad en Autoestima negativa (ANOVA)

### ANOVA

Pc Autoestima	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1263,258	2	631,629	1,795	0.185
Dentro de grupos	9503,409	27	351,978		
Total	10766,667	29			

Con el fin de comparar los puntajes promedio de cada uno de los componentes de la prueba CDI por rango de edad, se utilizó el estadístico de ANOVA. La media del puntaje de CDI Total entre los 7 a 8 años fue de 64,4 ( $DE=26,59$ ), de los 9 a los 10 fue de 54,1 ( $DE=28,01$ ) y de los 11 a los 12 fue de 53,8 ( $DE= 24,08$ ). Con un  $F(2, 27) = 0.548$   $p = .585$ , se concluye que no hay diferencias en las medias del puntaje de CDI Total entre los grupos de edad.

*Tabla 10. CDI Total*

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Siete a ocho	11	64,45	26,595	8,019
Nueve a diez	10	54,10	28,014	8,859
Once a doce	9	53,89	24,080	8,027
Total	30	57,83	25,955	4,739

*Tabla 11. Resultados comparación por grupo de edad CDI Total (ANOVA)*

#### ANOVA

CDI Total	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	761,651	2	380,825	,548	0.585
Dentro de grupos	18774,516	27	695,352		

Total	19536,167	29
-------	-----------	----

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito conocer la sintomatología depresiva en niños migrantes de Venezuela de edad entre 7 y 12 años que residen en Bogotá, por medio del cuestionario CDI de Kovacs (2011). A través de este, se halló que, de 30 individuos estudiados, solo 1 mostró síntomas depresivos severos con mayor incidencia en disforia que autoestima, y 2 de ellos mostraron signos de depresión con mayor incidencia en la disminución de autoestima, a comparación del resto de participantes.

Lo anterior quiere decir que existe, en la muestra, una incidencia del 10% de sintomatología depresiva ya sea leve y/o severa, debido a condiciones de migración. Sin embargo, se sugiere realizar investigaciones de este tipo con una muestra más amplia. En comparación con otros estudios, donde se investigó depresión en menores migrantes, como el caso del estudio de Vera y Robles (2010), la muestra no mostró diferencias significativas en depresión entre niños migrantes y no migrantes, es decir, que la ausencia de depresión en muestras migrantes parece ser natural. Del mismo modo, en un estudio de “depresión, ansiedad y estrés en niños y niñas jornaleros agrícolas migrantes” por Vera (2009), el único factor donde se halló diferencias significativas en depresión, fue en el factor atribuido a la condición lingüística.

De acuerdo con estos resultados, es posible que influya el tiempo de asentamiento, es decir, a mayor tiempo de residencia en el nuevo país menos estrés y depresión; también, se atribuye a un proceso adaptativo positivo, donde se genera una integración de conservación de aspectos culturales propios al tiempo que se incorporan componentes de la nueva cultura (Delgado, 2008). Esto permite una asimilación adaptativa en la sociedad de acogida.

Sin embargo, cabe mencionar que este estudio halló diferencias entre grupos de edad. Se encontró que el grupo entre 7 y 8 años tenía mayor tendencia tanto en disforia, como en autoestima negativa, a comparación del grupo de 11 y 12 años, según las medias (ver tabla 5 y 8). Así mismo, en los estudios realizados por Vera y Robles (2010), se observó que a menor nivel de escolaridad, mayor nivel de ansiedad y depresión, pero siempre dentro de los límites saludables. Esto, visto desde el *Modelo de Migración y Salud* propuesto por Bhugra (2004), se debe a que la edad y el proceso evolutivo determinan el nivel de afrontamiento, así mismo, tiene que ver con las aspiraciones y la percepción de la vida. Es por eso que “los adolescentes tienden a realizar una asimilación, negando la cultura de origen (que también es la de los padres, con los que se suele entrar en conflicto a esta edad), para parecerse más a su grupo de edad, que mayoritariamente pertenece al país huésped. Las personas mayores son propensas a adaptarse mediante la separación, negando la nueva cultura y parapetándose en la propia. Los individuos de edades medias son los que más fácilmente realizan procesos de integración de ambas culturas” (García & Sanz, 2002, p.188).

Por otra parte, se esperaba que los resultados tuvieran mayor tendencia depresiva, pero ocurrió lo contrario, ya que los niños en su mayoría no presentan características depresivas. No obstante, es importante destacar que, durante la aplicación del cuestionario, muchos de los padres estuvieron presentes, por motivos de seguridad, según lo manifestaron verbalmente. Esto probablemente generaría cierta presión en los niños, ya que al responder algunas preguntas como, por ejemplo: ítem X “he pensado en matarme”, los niños miraban a sus padres en busca de la aprobación de su respuesta. Por otra parte, aunque los padres ya habían recibido indicaciones para no intervenir durante este proceso, dándoseles a conocer previamente el cuestionario, y habiendo firmado la autorización, hacían comentarios y tenían actitudes que probablemente provocarían

intimidación o temor para contestar el CDI por parte del niño. Para próximos estudios se sugiere la aplicación de este cuestionario sin la presencia de los padres, para evitar sesgos.

Una de las dificultades en este proyecto de investigación fue la colecta de datos, pues algunas personas, por inseguridad, no permitían el acceso a los menores, haciendo que la búsqueda de los participantes se hiciera un poco compleja, además de que gran parte de la población infantil no se ajustaba a los criterios de evaluación, pues el rango de edad estaba por fuera de lo ya estipulado. Sin embargo, se logró dar cumplimiento con el objetivo principal, al describir las condiciones de salud mental en las que se encuentran los menores migrantes que están residiendo en la ciudad de Bogotá, D.C. Del mismo modo, se halló sintomatología depresiva en una porción del 10% de la muestra seleccionada, por lo tanto, se alude a que la migración trae implicaciones negativas en la salud mental de niños en condiciones de migración. Pues tal como lo afirman Guzmán et al. (2015) este fenómeno trae consigo múltiples factores estresantes provocados por el cambio al que se exponen en condiciones ambientales distintas a las que acostumbraban antes de marcharse; así que dichos cambios, afectan su conducta, sus relaciones interpersonales, su alimentación, su crecimiento y su salud en general, pudiendo alterar drásticamente su vida.

En lo que refiere a los resultados por género, se esperaba que las niñas tuvieran mayor tendencia comparativamente con los niños, pues estudios han observado que el género femenino presenta mayor prevalencia de sufrir trastornos psiquiátricos (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Resurrección, Ruiz, & Salguero, 2016); sin embargo, no se hallaron diferencias significativas por género. Esto puede guardar relación con lo señalado por Resurrección et al. (2016), quienes afirman que, después de los 12 años, aparecen las diferencias de género en depresión, donde la tasa de prevalencia se dobla en el caso de las mujeres. Algo similar se encuentra en Costello et al. (2003) y en Hankin (2008). Los supuestos tienen que ver con que durante la

pubertad las mujeres generan un mayor número de estresores dependientes interpersonales, en los ámbitos social, familiar y académico (Resurrección et al., 2016).

Como aporte a la solución de esta problemática de salud mental en niños migrantes, se sugiere el fortalecimiento de resiliencia, entendida como la capacidad de adaptarse a un nuevo ambiente pese a la adversidad, permitiéndose, asimismo, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de la adversidad (Rutter, 1985). Otros autores expresan que la resiliencia implica una adaptación positiva en un contexto de exposición a la adversidad (Cabrera, Aya, & Guevara, 2014). De tal modo, que la resiliencia es un factor de protección que evidentemente podría actuar de forma positiva ante este fenómeno.

Para ello, hay que identificar, en primera instancia, los factores de riesgo; en este caso, se incluyen los factores: familiar, psicosocial, ambiental y cultural (Salgado, 2005). El paso a seguir, consiste en determinar el nivel de afrontamiento de cada individuo; después, se aplicarían los factores protectores, descritos como características, rasgos o intervenciones que reducen el impacto del riesgo y su reacción negativa (Monroy & Palacios, 2011). Su objetivo principal es la promoción de resiliencia. Un ejemplo que actúa como mecanismo de afrontamiento es el optimismo. Así que la aplicación de estos factores protectores aumentaría la probabilidad de mejoramiento.

El tema de depresión en niños migrantes venezolanos o temas relacionados a la salud mental en niños migrantes, implican un aporte a la disciplina de las ciencias sociales, especialmente a la psicología, debido a que aún no existe mucha información referente a este campo, así que los resultados de esta investigación conciernen a las primeras investigaciones en el campo migratorio infantil de la crisis humanitaria de Venezuela, siendo así un estudio novedoso.

Se concluye entonces que los síntomas depresivos en migrantes tienen una frecuencia del 10% en la población de infantil, por lo cual es preciso detectarlos de manera temprana para que reciban una atención oportuna, a través de la implementación de medidas por parte de entes u organizaciones mundiales como UNICEF, Save The Children, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), entre otras, además de los padres y maestros. La prevención radica en fortalecer los factores protectores ya mencionados con el fin de evitar la presencia de estos trastornos.

## REFERENCIAS

- Arias, M., & Segura, K. (2017). *Dependencia emocional y síntomas depresivos en un grupo de jóvenes de 16 y 17 años del magdalena medio*. Universidad de Antioquia.
- Barrio, V. del, Moreno, C., & López, R. (2001). Evaluación de la agresión y la inestabilidad emocional en niños españoles: Su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, *12*(1), 33–50.
- Bazán, J., Olórtegui, V., Vargas, H., & Huayanay, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, *79*(1), 3. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2763>
- Bella, M., Fernandez, R., & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr*, *108*(2), 124–129.
- Bhugra, D. (2004). Migración y Salud Mental. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(4), 243–258. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>
- Cabrera, V., Aya, V., & Guevara, I. (2014). Diseño y análisis psicométrico de una escala de Resiliencia en infantes. *Revista de La Facultad de Medicina*, *62*(2), 213–220.
- Cano, J. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista Minds*, *1*(1), 27–44.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arco Gen Psiquiatria*, *60*(8), 837–844. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Delgado, P. (2008). Emigración Y Psicopatología. *Health Psychology*, *4*, 15–25.

- Gamboa, R. (2008). *Consecuencias de la depresión en el rendimiento académico y las relaciones interpersonales*. Universidad Estatal a Distancia.
- García, J., & Sanz, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: El nuevo desafío. *Medicina Clínica*, *118*(5), 187–191. <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2008.2075>
- Gaviria, S. L. (2009). Artículos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *38*(2), 316–324.
- Guzmán, K., González, B., & Rivera, M. E. (2015). Recursos psicológicos y percepción de la migración en menores con familiares migrantes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *13*(2), 701–714.  
<https://doi.org/10.11600/1692715x.13210130614>
- Hankin, B. (2008). La rumiación y la depresión en la adolescencia: investigación de la especificidad de los síntomas en un estudio prospectivo de ondas múltiples. *Revista de Psicología Clínica Infantil y Adolescente*, *37*(4), 701–713. [https://doi.org/10.1080 / 15374410802359627](https://doi.org/10.1080/15374410802359627)
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación sexta edición*. México D.F: McGraw-Hill.
- Kovacs, M. (2011). CDI Inventario de depresión infantil. Retrieved from [http://www.pseaconsultores.com/sites/default/files/CDI\\_1.pdf](http://www.pseaconsultores.com/sites/default/files/CDI_1.pdf)
- Liwski, N. I. (2008). Migraciones de niñas, niños y adolescentes bajo el enfoque de derechos. *Revista Iberoamericana*, 83–91.
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2018). Más de un millón cien mil venezolanos estarían radicados en Colombia. Retrieved March 22, 2019, from

<http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados-2018/diciembre-2018/9348-mas-de-un-millon-cien-mil-venezolanos-estarian-radicados-en-colombi>

Ministerio de Relaciones Exteriores. (2019). Permiso temporal de permanencia (Prórroga).

Retrieved March 22, 2019, from

<http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/tramites-2016/3283-permiso-temporal-de-permanencia>

Ministerio de Salud de Colombia. (2017). *Depresión Subdirección de Enfermedades No*

*Transmisibles Boletín digital*. Retrieved from

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Monroy, B. G., & Palacios, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, 34(3), 237–246.

Organización Mundial de la Salud, O. (2018). Depresión. Retrieved November 30, 2018, from

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pacheco, P., & Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *Precop Scp*, 15(1), 30–38.

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.011>

Ramírez, P., & Hernández, E. (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en en

adolescentes en situación de pobreza. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 20(2), 63–70.

Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M. C., Marín, J. S., Martínez, L. M., & Gallego, D. (2017).

Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Revista Diversitas Perspectivas En*

*Psicología*, 13(2), 279–294. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.11>

Resurrección, D. M., Ruiz, D., & Salguero, J. M. (2016). Depresión y adolescencia: un análisis de los factores implicados. *Inteligencia Emocional y Bienestar II: Reflexiones, Experiencias Profesionales e Investigaciones*, (October 2018), 722–742. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5574861>

Rey, J., Bella, T., & Liu, J. (2017). *Depresión en niños y adolescentes. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*.

Rodriguez, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261–275.

Ruiz, A. M., & Lago, B. (2005). *Trastornos de Ansiedad en la infancia y adolescencia*. (E. Ediciones, Ed.), *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría* (Curso de a). Madrid: 2005.

Ruiz, C. A. (2018). Las migraciones y la profundización de la crisis socioambiental. *Ciudad Paz-Ando*, 11(1), 25–31. <https://doi.org/https://doi.org/10.14483/2422278X.12686>

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatric*, 147, 598–611.

Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa Peruana. *Liberabit*, 11, 41–48.

Sandín, B., Valiente, R., & Chorot, P. (2009). Evaluación De Los Síntomas De Los Trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193–206.

Suárez, L., & Jiménez, M. (2011). Menores en el campo migratorio transnacional. Los niños del

- centro (Drari d'sentro). *Revista Papers*, 96(1), 11–33.
- Toro, A., & Cardona, M. (2010). *Depresión y su relación con el género en un grupo de adolescentes de la localidad de Bosa*. Universidad de la Sabana.
- Unicef. (2019). Más de 300.000 niños venezolanos en Colombia necesitan ayuda humanitaria, según UNICEF. Retrieved May 6, 2019, from <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/mas-de-300000-ninos-venezolanos-en-colombia-necesitan-ayuda-humanitaria>
- Ureña, J. D. (2013). *Factores de riesgo neurobiológicos, familiares y sociales asociados a los trastornos depresivos en niños y adolescentes*. Universidad de Costa Rica. Retrieved from <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis43.pdf>
- Velasquez, C., & Montgomery, W. (2009). Resiliencia y depresión en estudiantes desecundaria de Lims Metropolitana con y sin participación en actos violentos. *Revista IIPSI*, 12(2), 75–87. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v12i2.3756>
- Vera, J. Á. (2009). Depresión, ansiedad y estrés en niños y niñas jornaleros agrícolas migrantes. *Psico*, 40(3), 337–345.
- Vera, J. Á., & Robles, J. A. (2010). Condiciones de vida y psicosociales de niños migrantes en el noroeste de México. *Civitas*, 10(2), 345–365.
- Villalobos, M. A. (2008). Depresion en niños y adolescentes. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 65(586), 331–333.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C., & Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory” CDI. *Revista Diversitas*, 2(2), 217–227.

<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.03>