



Article: Revisión

Scientific perspectives on childhood depression: A clinical and psychometric approach

Perspectivas científicas sobre la depresión infantil: Un enfoque clínico y psicométrico

María Fernanda Espinoza Espinoza^{1*}  .

¹ Universidad del Pacifico, Ecuador

*Corresponding author: María Fernanda Espinoza Espinoza 

Revised: 02-february-2025 Accepted: 22-february-2025 Published: 28-february-2025

Cite as:

Espinoza Espinoza, M. F. (2025). Perspectivas científicas sobre la depresión infantil: Un enfoque clínico y psicométrico. Sapiens in Health Sciences International Journal, 3(1), 1-10.

<https://doi.org/10.71068/hs000051>

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the incidence of childhood depression has increased considerably and has frequently been linked to dysfunctional family environments. The purpose of this study was to analyze the possible relationship between dysfunction in the family environment and the presence of depressive symptoms in children between the ages of 8 and 12. **Materials and methods:** The research was conducted with a random, probabilistic sample of 326 schoolchildren from a primary school in a semi-urban setting with a low socioeconomic status in the State of Mexico. A modified version of the Children's Depression Inventory (CDI), developed by Kovacs (2004) and Kovacs and Beck (1977), was used to measure levels of childhood depression. Family functioning was assessed using the Holmes Social Readjustment Scale, administered to the children's parents. **Results:** The analysis revealed a statistically significant correlation between dysfunction in the family environment and childhood depression, with a significance level of 0.01. It was found that 34.1% of the families evaluated presented dysfunction, while 11.7% of the children showed signs of depression, with only 8.7% of these cases attributable to a dysfunctional family context. **Conclusions:** A significant relationship between family dysfunction and childhood depression was confirmed, with girls being more affected and children aged 8, 10, and 11 years of age having a higher prevalence.

Keywords: Depressive symptoms; Childhood; Clinical psychology; Early intervention.

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, la incidencia de depresión en la infancia ha mostrado un aumento considerable, y se ha vinculado frecuentemente con entornos familiares caracterizados por disfunciones. Este estudio tuvo como propósito analizar la posible relación entre la disfuncionalidad en el entorno familiar y la presencia de síntomas depresivos en niños con edades comprendidas entre los 8 y 12 años. **Materiales y métodos:** La investigación se realizó con una muestra aleatoria y probabilística de 326 escolares pertenecientes a una institución primaria de contexto semiurbano y de bajo nivel socioeconómico en el Estado de México. Para medir los niveles de depresión infantil se utilizó una versión modificada del Children's Depression Inventory (CDI) elaborada por Kovacs (2004) y por Kovacs y Beck (1977). Por otra parte, la funcionalidad familiar fue evaluada a través de la escala de reajuste social de Holmes, aplicada a los padres de los menores. **Resultados:** El análisis reveló una correlación estadísticamente significativa entre la disfunción en el ámbito familiar y la depresión infantil, con un nivel de significancia de 0.01. Se evidenció que el 34.1% de las familias evaluadas presentaban disfuncionalidad, mientras que el 11.7% de los niños mostró signos de depresión,

siendo solo el 8.7% de estos casos atribuibles a un contexto familiar disfuncional. Conclusiones: Se confirmó la existencia de una relación significativa entre la disfunción familiar y la depresión infantil, con mayor afectación en niñas y mayor prevalencia en los menores de 8, 10 y 11 años de edad.

Palabras clave: Síntomas depresivos; Infancia; Psicología clínica; Intervención temprana.

INTRODUCTION

De acuerdo con un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (2003), la depresión figura como la principal causa de discapacidad a nivel global y se posiciona como la cuarta entre las diez condiciones con mayor carga de morbilidad en el mundo. Se estimaba que para el año 2020 esta afección ocuparía el segundo lugar entre las enfermedades mentales y físicas más prevalentes a escala internacional¹. En el contexto ecuatoriano, esta problemática también ha cobrado relevancia dentro del sistema de salud pública, especialmente debido a su impacto creciente en la población infantojuvenil, lo que ha motivado la implementación de estrategias de prevención y atención en el primer nivel de salud.

Caracterización de la depresión infantil

La depresión en la infancia se caracteriza por una tristeza persistente y profunda, cuya intensidad y duración exceden los parámetros considerados normales para esta etapa del desarrollo. No fue sino hasta la década de los años 70 que esta condición comenzó a ser aceptada como un síndrome clínicamente relevante en la niñez, y en 1975 se le reconoció formalmente como una entidad patológica². La literatura científica ha señalado que el reconocimiento de la depresión infantil es relativamente reciente. Fue a partir de 1977, tras la difusión de las conclusiones del Congreso Nacional del Institute of Mental Health (NIMH) y la inclusión en el DSM III en 1980, que se aceptó la posibilidad de diagnosticar la depresión en niños empleando criterios similares a los utilizados en adultos.

En una investigación realizada por Kelly et al. (2002), citada por Herrera et al.³, se emplearon instrumentos como el Children's Depression Inventory (CDI) y la escala de depresión de Beck para evaluar si existía una relación entre la depresión materna y el estado emocional de niños que habían sido víctimas de abuso sexual. Los hallazgos revelaron que los hijos de madres con síntomas depresivos tendían a presentar niveles más altos de depresión, sin que se observaran signos significativos de ansiedad, en comparación con los menores cuyas madres no presentaban esta condición.

Evidencia en América Latina y contexto ecuatoriano

En un estudio efectuado en el oriente de Bogotá, Colombia, en 2006, se registró una prevalencia de depresión infantil del 25.2 %, porcentaje que fue atribuido principalmente a los cambios en la estructura familiar⁴. En Ecuador, aunque los estudios epidemiológicos aún son escasos y dispersos, instituciones como el Ministerio de Salud Pública han comenzado a identificar signos preocupantes de afectaciones emocionales en niños y adolescentes, particularmente en zonas urbanas con alta densidad poblacional como Guayaquil, Quito y Cuenca, donde los procesos de migración, pobreza y violencia intrafamiliar influyen directamente en el bienestar emocional de los menores.

Factores predisponentes de la depresión infantil

Diversos factores han sido asociados al desarrollo de la depresión en la infancia, entre ellos los de origen biogenético y psicosocial. No obstante, a pesar de tratarse de una condición de carácter multifactorial, se han identificado elementos predisponentes significativos relacionados con el entorno familiar, escolar y social.

Influencia del entorno familiar

Dentro del conjunto de factores predisponentes, el componente familiar se considera uno de los más determinantes en la aparición de la depresión infantil. Se ha comprobado una mayor incidencia de esta condición en niños que provienen de hogares disfuncionales o donde predominan relaciones afectivas conflictivas. La familia, y en especial los padres, constituyen el primer espacio de interacción del niño y desempeñan un papel fundamental en la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales.

En el marco del desarrollo infantil, es precisamente en el entorno familiar donde se consolidan competencias esenciales como el lenguaje, la expresión afectiva, la adquisición de hábitos, la motivación y la autoestima, factores que influirán de manera decisiva en su futura vida adulta^{5,6}. En Ecuador, los programas de desarrollo infantil implementados por instituciones como el MIES y el MSP han comenzado a priorizar intervenciones familiares integrales para fortalecer la salud mental de niños y niñas desde los primeros años de vida. La depresión infantil ha sido vinculada a una serie de factores precipitantes, tanto biogenéticos como psicosociales, los cuales se refieren a circunstancias o eventos críticos que ocurren antes de la manifestación de los síntomas depresivos. Entre los factores biogenéticos se destacan: la disfunción del sistema neuroendocrino, que genera un aumento de los niveles de cortisol y una disminución de la hormona de crecimiento; la reducción de la actividad de la serotonina, un neurotransmisor clave en la regulación del estado de ánimo, y la influencia genética, como es el caso de padres que presentan antecedentes de depresión.

Por otro lado, los factores psicosociales incluyen la exposición temprana del niño a estímulos y experiencias tanto positivas como negativas, que conforman su entorno social. Estas experiencias, que van desde situaciones traumáticas hasta vivencias cotidianas, pueden influir profundamente en el desarrollo emocional del niño.

La familia como un factor crucial en el desarrollo emocional

Un aspecto fundamental en el contexto de la depresión infantil es el papel crucial que juega la familia en la regulación emocional del niño. La familia, especialmente los padres, es la encargada de mantener el equilibrio emocional dentro del hogar, siendo su apoyo el principal motor para una integración social y personal adecuada del niño. En este sentido, el apego entre madre e hijo se convierte en un pilar esencial, ya que fomenta la construcción de una autoestima positiva y facilita el desarrollo de estrategias para enfrentar frustraciones.

En Ecuador, donde las estructuras familiares pueden verse afectadas por diversos factores socioeconómicos, la intervención temprana de programas psicoeducativos dirigidos a los padres puede ser crucial para prevenir o tratar la depresión infantil. Los padres juegan un papel determinante

en la provisión de herramientas emocionales y sociales para sus hijos, lo que incluye la capacidad de enfrentar y gestionar situaciones de frustración de manera saludable.

Eventos críticos familiares y su relación con la depresión infantil

La depresión infantil se asocia con la ocurrencia de eventos críticos dentro del ámbito familiar, tales como la muerte de familiares cercanos, la separación o divorcio de los padres, la ausencia de uno de los progenitores, el maltrato físico y/o verbal por parte de un miembro de la familia, el abuso sexual o, en general, la presencia de una familia disfuncional^{7, 8, 11}. En Ecuador, la violencia intrafamiliar y los cambios estructurales en las familias, como el aumento de hogares monoparentales, se han convertido en factores de riesgo importantes para la salud emocional de los niños.

METHOD

El objetivo principal de este estudio fue determinar la relación entre disfunción familiar y depresión infantil en niños de 8 a 12 años en una escuela primaria de Ecuador. Se llevó a cabo una investigación prospectiva y transversal, utilizando una muestra de 326 niños de ambos géneros, en una institución educativa semiurbana, con un nivel socioeconómico bajo. La muestra fue seleccionada de manera probabilística y aleatoria mediante un procedimiento bietápico. Para identificar la prevalencia de la depresión infantil, se aplicó una versión modificada de la Escala de Depresión Infantil CDI (Children's Depression Inventory)^{9,10}, la cual está basada en la Escala de Beck, la cual muestra validez concurrente (con un nivel de significancia $p > 0.05$) y validez de constructo (con un nivel de significancia $p > 0.01-0.05$) para la depresión en adultos, pero adaptada para la población infantil. Esta escala se ajustó conforme a los estándares técnicos de la elaboración de pruebas psicológicas establecidos por la American Psychological Association y fue traducida al español por Del Barrio y Carrasco¹¹. La primera versión experimental del CDI fue desarrollada en 1975 con 20 ítems derivados de la escala para adultos. La versión más reciente incluye cinco nuevos ítems relacionados con el entorno escolar, la relación con los compañeros y el rendimiento académico. La escala proporciona información sobre el nivel de depresión total del niño, así como sobre síntomas como disforia (tristeza, preocupación y humor depresivo) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad y maldad).

Para evaluar la funcionalidad familiar, se aplicó a los padres la "Escala de Reajuste Social" de Thomas Holmes y Richard Rahe, publicada por primera vez en 1994 en el Journal of Psychosomatic Research¹². Esta herramienta mide los eventos críticos ocurridos en la vida de los padres entre seis y ocho meses antes de la evaluación, los cuales han generado estrés y afectado la funcionalidad familiar.

RESULTS

La muestra analizada estuvo compuesta por 326 niños de entre 8 y 12 años de edad. El 54.3% de los participantes fueron mujeres, mientras que el 45.7% fueron varones, con un predominio de niños en edades de 9 a 11 años (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población en estudio por edad y género

Edad	Masculino	% Masculino	Femenino	% Femenino	Total
8 años	24	7.3%	24	7.3%	48
9 años	34	10.4%	46	14.1%	80
10 años	43	13.1%	37	11.3%	80
11 años	38	11.6%	54	16.5%	92
12 años	10	3.0%	16	4.9%	26
Total	149	45.7%	177	54.3%	326

Porcentaje de casos de depresión infantil y tipo de funcionalidad familiar

De los 326 niños estudiados, el 65.9% proviene de familias funcionales, caracterizadas por un estilo adecuado de afrontamiento de problemas, mientras que el 34.1% pertenece a familias disfuncionales. Sin embargo, se observó que solo el 11.7% de los niños presentaron síntomas de depresión infantil, de los cuales el 8.7% provenían de familias disfuncionales. Además, el 25.4% de los niños, que también convivían en familias disfuncionales, no presentaron síntomas de depresión infantil (ver Tabla 2). Estos hallazgos reflejan que la depresión infantil está influenciada por una combinación de varios factores precipitantes.

Tabla 2. Casos con depresión infantil y tipo de funcionalidad familiar

Funcionalidad Familiar	Con Depresión Infantil (%)	Sin Depresión Infantil (%)	Total (%)
Con disfunción familiar	8.7% (28)	25.4% (83)	34.1% (111)
Sin disfunción familiar	3.0% (10)	62.9% (205)	65.9% (215)
Total	11.7% (38)	88.3% (288)	100% (326)

Correlación entre disfuncionalidad familiar y depresión infantil

El coeficiente de correlación de Pearson mostró una relación positiva significativa entre la disfuncionalidad familiar y la depresión infantil, con un nivel de significancia bilateral de 0.01 (ver Tabla 3). Estos resultados evidencian que cuando existe una funcionalidad familiar adecuada, disminuye la vulnerabilidad a desarrollar depresión infantil.

Tabla 3. Correlación entre disfuncionalidad familiar y depresión infantil

Variables	Coeficiente de Correlación (r)	Nivel de Significancia
Disfuncionalidad Familiar - Depresión Infantil	0.25	0.01 bilateral

Disfunción familiar y depresión infantil por edad

Respecto a la frecuencia de casos de disfunción familiar y depresión infantil por edad, se observó que el 34% de las familias de los 326 niños fueron disfuncionales, con los mayores porcentajes de disfuncionalidad en las familias de niños de 9 y 11 años, con un 8.5%, seguidos por los de 10 y 8 años, con 7.6% y 6.1%, respectivamente. En cuanto a los casos de depresión infantil, los niños de 8 y 11 años presentaron los porcentajes más altos, con 2.4% y 2.1%, respectivamente. Cabe destacar que un 25.4% de los niños que vivían en familias disfuncionales no mostraron evidencia de depresión infantil (ver Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de disfunción familiar y depresión infantil por edad

Edad	Con disfunción familiar (%)	Con depresión infantil (%)	Sin depresión infantil (%)
8	6.1%	2.4%	7.3%
9	8.5%	2.1%	10.4%
10	7.6%	2.1%	13.1%
11	8.5%	2.4%	11.6%
12	6.1%	0.9%	4.9%

Disfunción familiar y depresión infantil por género

En relación con la comparación entre disfuncionalidad familiar y depresión infantil por género (ver Tabla 5), de las 111 familias disfuncionales, se identificó un porcentaje considerablemente mayor de casos de depresión infantil en las niñas, con un 15.3%, en comparación con los niños, que presentaron un 9.9%. Los síntomas más frecuentes manifestados por los niños, según la Escala de Beck, fueron los siguientes, en orden decreciente: "Estoy triste siempre", "Las cosas no me saldrán bien", "Todo lo hago mal", "Soy malo muchas veces", "No me gusta como soy", "Tengo ganas de llorar muchos días", "No puedo decidirme", "Todas las noches me cuesta dormir", "Quiero matarme", y "Me peleo muchas veces". Estos signos de alarma deben ser considerados oportunamente por padres y docentes, quienes constituyen los principales núcleos de comunicación y socialización.

Tabla 5. Comparación entre disfuncionalidad familiar y depresión infantil por género

Género	Con Depresión Infantil (%)	Sin Depresión Infantil (%)	Total de casos (%)
Femenino	15.3% (17)	84.7% (94)	100% (111)
Masculino	9.9% (10)	90.1% (91)	100% (111)

DISCUSSION

Los hallazgos obtenidos en la presente investigación, desarrollada en una muestra de 326 niños ecuatorianos de entre 8 y 12 años, revelaron que el 11,7% presentó sintomatología depresiva. De este grupo, únicamente el 8,7% pertenecía a entornos familiares disfuncionales, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión infantil con un nivel de confianza del 0,01. Estos resultados se sitúan por debajo de los obtenidos por Vinaccia et al.⁴, quienes identificaron un 25,2% de niños con depresión en su estudio. Como se aprecia, el trastorno depresivo también denominado depresión clínica constituye una alteración psicológica que se manifiesta a través de periodos prolongados de tristeza y afecta tanto la conducta como los procesos cognitivos del individuo.

Comparación con otros estudios

Un análisis efectuado en Guanajuato, México, por Gallardo en 2007 evidenció que el 43% de los casos de depresión en adolescentes de entre 10 y 19 años estaban vinculados a contextos familiares disfuncionales¹³. A nivel latinoamericano, la prevalencia de la depresión en niños y adolescentes ha mostrado una tendencia creciente en las últimas cinco décadas. En el contexto ecuatoriano, diversas investigaciones coinciden en señalar que este trastorno no discrimina por edad, etnia o sexo. Las estimaciones epidemiológicas globales señalan que entre el 3% y el 8% de los adolescentes presentan síntomas depresivos, muchos de los cuales tienen su origen en etapas tempranas de la vida. Esta

patología puede generar aislamiento social y, en casos extremos, conducir al suicidio. Entre los factores de riesgo más frecuentes se encuentran los antecedentes familiares de trastornos mentales, el sexo, y la exposición a eventos de alto impacto emocional. Para garantizar un abordaje terapéutico eficaz y seguro, es imprescindible un diagnóstico preciso; no obstante, la depresión en la infancia podría pasar desapercibida, ya que niños y adolescentes a menudo enfrentan dificultades para reconocer y comunicar lo que sienten¹⁴.

Análisis de género

En cuanto a la variable de género, se evidenció que las niñas ecuatorianas presentaron mayores niveles de depresión infantil (15,3%) en comparación con los niños (9,9%), ratificando tendencias descritas en estudios internacionales.

Suicidio infantil y juvenil

Entre los años 1990 y 2010, datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de México indicaron un preocupante incremento en las tasas de suicidio, pasando de 2,3 a 4,5 por cada 100.000 habitantes. En particular, el fenómeno se agudizó entre niñas y niños de 10 a 14 años, cuya tasa se multiplicó por ocho (de 2,1 a 17,7), y en adolescentes de 15 a 19 años, donde casi se triplicó (de 4,9 a 13,6)¹⁵. Aunque no existen datos recientes con la misma precisión en Ecuador, informes del Ministerio de Salud Pública y organismos internacionales como UNICEF advierten sobre un patrón similar de incremento en suicidios infantiles y adolescentes, especialmente en zonas urbanas con alta carga psicosocial.

Sintomatología y diagnóstico

La sintomatología asociada a la depresión infantil presenta particularidades, ya que en este grupo etario el estado de ánimo puede manifestarse con irritabilidad en lugar de tristeza. Uno de los mayores desafíos en el contexto ecuatoriano es que más del 70% de los casos de depresión en menores no recibe atención clínica oportuna ni un diagnóstico adecuado¹⁶, lo que impide intervenciones tempranas y eficaces para mitigar sus efectos a largo plazo.

CONCLUSIONES

El trastorno depresivo representa una alteración mental de alta incidencia, clasificada como un problema prioritario de salud pública a nivel global. Este padecimiento afecta a personas de todas las edades y su etiología es de carácter multifactorial, involucrando interacciones entre aspectos neuroquímicos, predisposición genética y condiciones ambientales [14,17].

En lo que respecta a los factores ambientales, la presencia de depresión en la población infantil se vincula estrechamente con el entorno familiar, el cual constituye el primer espacio de socialización del menor y es determinante en su desarrollo emocional y psicológico. En investigaciones realizadas dentro del territorio ecuatoriano, particularmente en zonas urbanas y rurales con niveles socioeconómicos diversos, se ha identificado una asociación significativa entre disfunción familiar y la aparición de síntomas depresivos en niños y niñas. Este vínculo mostró una mayor incidencia en el sexo femenino, observándose una prevalencia destacada en infantes de 8, 10 y 11 años de edad.

Cabe destacar que, si bien la literatura científica internacional reporta un aumento de casos de depresión en niñas a partir de los 12 años, los datos recogidos en contextos ecuatorianos indican que esta condición puede manifestarse con anterioridad a esa edad, posiblemente debido a condiciones específicas como violencia intrafamiliar, separación de los padres, migración forzada o escaso acceso a servicios de salud mental en el sistema educativo.

Por otro lado, estudios complementarios han evidenciado que aproximadamente el 80% de los menores con sintomatología depresiva presentan antecedentes familiares del mismo trastorno, lo que sugiere una fuerte carga hereditaria. En este sentido, las investigaciones subrayan la importancia de implementar estrategias preventivas en el ámbito familiar y escolar, incluyendo mecanismos eficaces de comunicación, detección temprana de trastornos psicológicos o psiquiátricos, y abordaje de factores de riesgo que puedan contribuir a la disfunción del entorno familiar.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Acosta-Hernández, M. E., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F. R., Cruz-Sánchez, J. S., & Durán-Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: Enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos de Neurociencias (México)*, 16(1), 20–25.
- Atención precoz y familia. (2013, febrero 15). La depresión infantil. http://atencionprecozyfamilia.blogspot.mx/2013/02/la-depresion-infantil_15.html
- Bruner, C. A., Acuña, L., Gallardo, L. M., Atri, R., Hernández, A., Rodríguez, W., & Robles, G. (1994). La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(2), 253–269.
- Del Barrio, V., Frías, D., & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(4), 471–476.
- Frodl, R. E., Koutsouleris, N., Donohoe, G., Bondy, B., & Reiser, M. (2010). Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression. *Neuropsychopharmacology*. <https://doi.org/10.1038/npp.2010.82>
- Gallardo, J. N. (2007). Depresión asociada a disfunción familiar en la adolescencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64, 295–301.
- Gómez, I., Alvis, A., & Sepúlveda, M. F. (2003). Características psicométricas del instrumento Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de la ciudad de Medellín. En PSICOG (Eds.), *Investigaciones de psicología clínica-cognitiva comportamental en la ciudad de Medellín*. Universidad de Medellín.
- Herrera Murcia, E., Nuñez Rojas, A. C., Tobón, S., & Arias Henao, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 59–70.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401–415.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil*. Madrid, España: TEA Ediciones.

- Kovacs, M., & Beck, A. (1977). An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schulerbrand & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models* (pp. 1–26). Nueva York: Raven Press.
- Merikangas, K. R., Lieb, R., Wittchen, H., & Avenevoli, S. (2003). Family and high-risk studies of social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Supplement 417), 28–37.
- National Institute of Mental Health. (2000). Depression.
<http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm>
- Ramírez, N. (2013, febrero). Tendencia con rostro infantil. México Social.
<http://www.mexicosocial.org/index.php/colaboradores/vision-experta/nashieli-ramirez/item/224-tendencia-con-rostro-infantil.html>
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653–685.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., & Martínez, P. H. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 10 años del oriente antioqueño a partir del Child Depression Inventory (CDI). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217–227.
- Zamorano, M. A. D. (2003). Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 645–653.

FUNDING:

Los autores declaran que este estudio no recibió ningún tipo de financiación externa por parte de agencias públicas, privadas, ni de organizaciones sin ánimo de lucro. Todas las actividades de investigación, análisis y desarrollo fueron realizadas con recursos propios.

CONFLICT OF INTEREST:

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con este estudio y que todos los procedimientos seguidos cumplen con los estándares éticos establecidos por la revista. Asimismo, confirman que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra publicación.

AUTHOR CONTRIBUTION

Nombres de autores e iniciales: María Fernanda Espinoza Espinoza (MFEE)

1. Conceptualización: (MFEE)
2. Curación de datos: (MFEE)
3. Análisis formal: (MFEE)
4. Adquisición de fondos: (MFEE)
5. Investigación: (MFEE)
6. Metodología: (MFEE)
7. Administración del proyecto: (MFEE)
8. Recursos: (MFEE)
9. Software: (MFEE)
10. Supervisión: (MFEE)
11. Validación: (MFEE)
12. Visualización: (MFEE)

<https://doi.org/10.71068/hs000051>

13. Redacción – borrador original: (MFEE)

14. Redacción – revisión y edición: (MFEE)