Integrative Health and Sciences. 2026; 3(2):103
doi: 10.63688/ihs.v3.i2.103

ORIGINAL

Childhood depression and its nosological approach in the pediatric population

Depresión infantil y su abordaje nosológico en población pediátrica

Carmen de las Mercedes Cevallos Mendez[1]
Silvia Noemí Franco Contreras[1]
Damaris Anahí Becerra Peñafiel[1]
Allisson Anabel Zumba Castro[1]

[1] Universidad Estatal de Milagro. Milagro, Ecuador.

Recibido: 12-07-2026 | Revisado: 29-07-2026 | Aceptado: 07-10-2026 | Publicado: 08-10-2026

Autor de correspondencia: Carmen de las Mercedes Cevallos Mendez

ABSTRACT

Introduction: Depression in children and adolescents may present differently according to age, sex, and family context; therefore, screening alone does not always provide an adequate nosological interpretation. Objective: To determine the frequency and intensity of depressive symptoms and analyze their nosological approach in a school-age pediatric population from Milagro, Ecuador. Methodology: A quantitative, observational, non-experimental, cross-sectional study was designed with 201 participants aged 8 to 17 years. A sociodemographic form, the Children's Depression Inventory 2, and a structured clinical interview were used. Descriptive statistics, chi-square tests, between-group comparisons, and Cohen's kappa were applied, with a significance level of 0.05. Results: Elevated depressive symptoms were identified in 28.9% of participants, whereas 20.9% showed a clinical assessment compatible with a relevant depressive condition. Elevated symptoms were more frequent among females, 36.1%, than males, 20.4%, and increased from 17.7% in participants aged 8 to 11 years to 39.1% in those aged 15 to 17 years. Agreement between screening and clinical assessment was substantial, κ = 0.63. Previous psychological or psychiatric care and selected family living conditions were associated with greater symptom burden. Conclusions: Pediatric depression assessment should combine screening measures with structured clinical evaluation. Age, sex, and psychosocial history should be considered when interpreting findings and identifying children and adolescents who require specialized care.

Keywords: depression, child, adolescent, mental health, diagnosis.

RESUMEN

Introducción: La depresión en niños y adolescentes presenta expresiones clínicas que pueden variar según la edad, el sexo y el contexto familiar, por lo que el tamizaje aislado no siempre permite una interpretación nosológica adecuada. Objetivo: Determinar la frecuencia e intensidad de la sintomatología depresiva y analizar su abordaje nosológico en población pediátrica escolar del cantón Milagro, Ecuador. Metodología: Estudio cuantitativo, observacional, no experimental y transversal en 201 participantes de 8 a 17 años. Se emplearon una ficha sociodemográfica, el Children's Depression Inventory 2 y una entrevista clínica estructurada. Se aplicaron estadística descriptiva, chi-cuadrado, pruebas de comparación entre grupos y coeficiente kappa de Cohen, con significación de 0,05. Resultados: El 28,9 % presentó sintomatología depresiva elevada y el 20,9 % mostró una valoración clínica compatible con un cuadro depresivo relevante. La frecuencia fue mayor en el sexo femenino, 36,1 %, que en el masculino, 20,4 %, y aumentó desde 17,7 % en participantes de 8 a 11 años hasta 39,1 % en aquellos de 15 a 17 años. La concordancia entre tamizaje y valoración clínica fue sustancial, κ = 0,63. Los antecedentes de atención psicológica y determinadas condiciones de convivencia familiar se asociaron con mayor sintomatología. Conclusiones: La evaluación de la depresión pediátrica requiere integrar instrumentos de tamizaje con valoración clínica estructurada. La edad, el sexo y antecedentes psicosociales deben considerarse en la interpretación de los hallazgos y en la identificación de participantes que requieren atención especializada.

Palabras clave: depresión, niño, adolescente, salud mental, diagnóstico.

© 2026, Los autores. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY 4.0).

INTRODUCCIÓN

La depresión durante la infancia y la adolescencia constituye un problema de salud mental con efectos potenciales sobre el desarrollo emocional, las relaciones familiares, la integración social y el desempeño académico. Los sistemas diagnósticos contemporáneos reconocen que los trastornos depresivos pueden iniciarse en etapas tempranas y que su identificación exige valorar tanto los síntomas afectivos como su duración y repercusión funcional (1). En población pediátrica, la evaluación requiere particular atención porque la presentación clínica no siempre reproduce el patrón observado en adultos. La tristeza persistente y la pérdida de interés pueden coexistir con irritabilidad, aislamiento, cambios en el sueño o el apetito, disminución del rendimiento escolar y dificultades de concentración. Las guías clínicas actuales recomiendan una valoración amplia que incluya funcionamiento, seguridad y diagnósticos diferenciales (2). De igual manera, el abordaje clínico en adolescentes demanda distinguir entre malestar transitorio, sintomatología depresiva significativa y un trastorno depresivo establecido (3). En el ámbito pediátrico, esta diferenciación es especialmente relevante cuando las manifestaciones iniciales son somáticas o conductuales (4).

La magnitud del problema ha sido documentada en diferentes regiones y grupos de edad. Una revisión sistemática y metaanálisis centrada en trastornos depresivos diagnosticados en menores de 13 años mostró que la depresión clínica también está presente antes de la adolescencia y que su estimación depende del tipo de trastorno y de los procedimientos diagnósticos empleados[5]. A una escala más amplia, un metaanálisis reciente sobre depresión y síntomas depresivos en niños y adolescentes encontró una carga considerable a nivel mundial y señaló variaciones según región, periodo de estudio y características de las muestras[6]. Estas diferencias ayudan a explicar por qué las cifras obtenidas con escalas de autorreporte suelen ser mayores que las derivadas de entrevistas diagnósticas. Por ello, al estudiar depresión infantil resulta necesario precisar si se está estimando sintomatología, riesgo clínico o presencia de un trastorno definido mediante criterios nosológicos.

La aparición de síntomas depresivos no responde a un único factor. Entre los elementos asociados se han descrito experiencias adversas, conflictos familiares, dificultades interpersonales, victimización, aislamiento, problemas escolares y otras condiciones contextuales que pueden interactuar con vulnerabilidades individuales (7). La expresión del malestar también varía según la etapa del desarrollo. La irritabilidad, por ejemplo, puede tener un papel relevante en niños y adolescentes y aparecer junto con trastornos del estado de ánimo, ansiedad o problemas conductuales, lo que obliga a interpretarla dentro del conjunto de síntomas y no como un indicador aislado (8). La comorbilidad entre ansiedad y depresión añade complejidad al proceso diagnóstico, debido a que determinados síntomas funcionan como elementos de conexión entre ambos cuadros y pueden asociarse con mayor deterioro (9). Asimismo, se han observado diferencias por sexo en la organización de síntomas ansiosos y depresivos durante la adolescencia temprana, lo que refuerza la necesidad de considerar variables sociodemográficas en el análisis (10).

Desde una perspectiva nosológica, la identificación de depresión en población pediátrica implica establecer si el conjunto de manifestaciones cumple requisitos de duración, intensidad y afectación funcional suficientes para configurar un cuadro depresivo, además de explorar posibles explicaciones alternativas. Una puntuación elevada en un cuestionario puede señalar necesidad de evaluación, pero no sustituye una entrevista clínica. Esta distinción adquiere importancia en contextos escolares, donde la detección temprana puede facilitar la derivación, aunque también existe el riesgo de etiquetar como trastorno una respuesta emocional transitoria si no se realiza una valoración complementaria. Por esta razón, integrar instrumentos de tamizaje con una evaluación clínica estructurada permite aproximarse de manera más precisa al componente nosológico de la depresión infantil y adolescente.

En Ecuador, la evidencia disponible sugiere que los trastornos depresivos representan una parte relevante de la carga de salud mental en la población pediátrica. Un análisis nacional de hospitalizaciones entre 2015 y 2022 encontró que los trastornos depresivos estuvieron entre las principales causas de hospitalización por problemas mentales y que las adolescentes mujeres presentaron mayores probabilidades de ingreso por estas condiciones[11]. En el ámbito educativo, un estudio realizado en adolescentes de Guayaquil identificó síntomas de depresión, ansiedad y estrés y encontró una relación significativa entre estas dimensiones y el funcionamiento familiar (12). Aunque estos hallazgos aportan información valiosa, continúan siendo necesarias investigaciones escolares que diferencien entre sintomatología detectada mediante escalas y características clínicas compatibles con un cuadro depresivo, especialmente fuera de los contextos hospitalarios.

A partir de esta necesidad, el presente estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia e intensidad de la sintomatología depresiva y analizar su abordaje nosológico en niños y adolescentes de 8 a 17 años pertenecientes a instituciones educativas fiscales del cantón Milagro, Ecuador. De

manera complementaria, se analizan diferencias según edad, sexo, antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica y condiciones de convivencia familiar, así como la concordancia entre un instrumento de tamizaje y una valoración clínica estructurada.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, no experimental y de corte transversal, con alcance descriptivo y analítico. La estructura metodológica se organizó de acuerdo con las recomendaciones de STROBE para estudios observacionales13. La investigación se planteó para tres instituciones educativas fiscales del cantón Milagro, provincia del Guayas, Ecuador, durante el periodo de 2026. La población de referencia se fijó en 420 estudiantes de 8 a 17 años, matriculados desde Educación General Básica hasta Bachillerato General Unificado. Con un nivel de confianza del 95 %, margen de error del 5 % y proporción esperada de 0,50, se estableció una muestra mínima de 201 participantes. Para compensar pérdidas o formularios incompletos se consideró invitar aproximadamente a 222 estudiantes.

Se estableció un muestreo probabilístico estratificado proporcional por institución y grupo etario. Los participantes se organizaron en tres categorías: 8 a 11, 12 a 14 y 15 a 17 años. Se incluyeron estudiantes dentro del rango etario definido, con consentimiento informado del representante legal, asentimiento del menor y capacidad para completar los instrumentos. Se excluyeron registros incompletos o duplicados, participantes sin autorización y estudiantes con condiciones que impidieran responder válidamente sin una adaptación apropiada.

La recolección se estructuró mediante una ficha sociodemográfica, el Children's Depression Inventory 2, CDI 2, y una entrevista clínica estructurada. La ficha registró edad, sexo, nivel educativo, convivencia familiar y antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica. El CDI 2 se consideró un instrumento de tamizaje para valorar intensidad de sintomatología depresiva. Como complemento, la valoración clínica exploró presencia, duración, intensidad y repercusión funcional de los síntomas depresivos. La combinación de una escala de tamizaje con una entrevista diagnóstica estructurada ha mostrado utilidad para diferenciar síntomas elevados de cuadros depresivos clínicamente relevantes14. El análisis nosológico contempló estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, alteraciones de sueño y apetito, disminución de energía, problemas de concentración, sentimientos de inutilidad o culpa, manifestaciones psicomotoras, pensamientos de muerte o autolesión y deterioro escolar, familiar o social.

Los datos se codificaron de forma anónima y se procesaron mediante software estadístico. Para variables categóricas se calcularon frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según la distribución. Las asociaciones entre variables categóricas se examinaron mediante chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher. Las diferencias entre dos grupos se analizaron con t de Student o U de Mann-Whitney y las comparaciones entre tres grupos con ANOVA o Kruskal-Wallis. La concordancia entre tamizaje y valoración clínica se estimó con kappa de Cohen. Se adoptó un nivel de significación de 0,05 e intervalos de confianza del 95 %. El protocolo de investigación contó con aprobación ética institucional. Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado de los representantes legales y el asentimiento de los menores participantes. Ante la identificación de riesgo de autolesión o suicidio, se estableció una ruta inmediata de evaluación y derivación profesional.

RESULTADOS

La muestra analítica estuvo conformada por 201 niños y adolescentes de 8 a 17 años. Del total, 108 fueron de sexo femenino, 53,7 %, y 93 de sexo masculino, 46,3 %. La edad media fue de 13,2 ± 2,8 años. Por grupos etarios, 62 participantes, 30,8 %, tenían entre 8 y 11 años; 70, 34,8 %, entre 12 y 14 años; y 69, 34,3 %, entre 15 y 17 años. Veintinueve participantes, 14,4 %, registraron antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica.

La puntuación media global del CDI 2 fue de 12,9 ± 8,3 puntos. En 143 participantes, 71,1 %, las puntuaciones permanecieron dentro de rangos sin elevación clínicamente relevante, mientras que 58, 28,9 %, presentaron sintomatología depresiva elevada. Dentro de este último grupo, 25 participantes, 12,4 % del total, mostraron elevación leve; 20, 10,0 %, elevación moderada; y 13, 6,5 %, niveles altos. Las puntuaciones medias aumentaron con la edad: 10,2 ± 7,1 en el grupo de 8 a 11 años, 12,8 ± 8,0 en el de 12 a 14 y 15,4 ± 8,9 en el de 15 a 17 años. La diferencia fue estadísticamente significativa, $F = 6,80$; $p = 0,001$.

Tabla 1. Distribución de sintomatología depresiva elevada según sexo y grupo etario

Variable	n	Sintomatología elevada n	%
Total	201	58	28,9
Sexo femenino	108	39	36,1
Sexo masculino	93	19	20,4
8 a 11 años	62	11	17,7
12 a 14 años	70	20	28,6
15 a 17 años	69	27	39,1

Nota. n = frecuencia absoluta; % = porcentaje dentro de cada categoría. La sintomatología depresiva elevada fue determinada a partir de los criterios de interpretación del Children's Depression Inventory 2, CDI 2. Elaboración propia a partir de los datos del estudio.

La frecuencia de sintomatología elevada fue mayor en el sexo femenino: 39 de 108 participantes, 36,1 %, frente a 19 de 93 participantes masculinos, 20,4 %. La diferencia fue significativa, $\chi^2 = 5,25$; $p = 0,022$. Las participantes femeninas presentaron 2,20 veces mayores posibilidades de registrar sintomatología elevada que los varones, OR = 2,20; IC 95 %: 1,16-4,17. La distribución por edad también mostró diferencias; la proporción aumentó desde 17,7 % en el grupo de 8 a 11 años hasta 39,1 % en adolescentes de 15 a 17 años, $\chi^2 = 7,28$; $p = 0,026$.

La entrevista clínica estructurada identificó manifestaciones compatibles con un cuadro depresivo clínicamente relevante en 42 participantes, 20,9 % de la muestra. El estado de ánimo depresivo fue la manifestación más frecuente, seguido de pérdida de interés o placer, alteraciones del sueño, dificultades de concentración y disminución de energía. En cuanto al funcionamiento, 32 participantes con valoración clínica positiva, 76,2 %, presentaron afectación escolar; 25, 59,5 %, dificultades familiares; y 21, 50,0 %, alteraciones en las relaciones sociales.

Tabla 2. Manifestaciones clínicas entre los participantes con valoración clínica positiva

Manifestación	n	%
Estado de ánimo depresivo	35	83,3
Pérdida de interés o placer	30	71,4
Alteraciones del sueño	28	66,7
Dificultades de concentración	27	64,3
Fatiga o disminución de energía	26	61,9
Sentimientos de inutilidad o culpa	18	42,9
Pensamientos de muerte o autolesión	9	21,4

Nota. Los porcentajes fueron calculados sobre los 42 participantes con valoración clínica positiva. Un mismo participante podía presentar más de una manifestación clínica, por lo que los porcentajes no son mutuamente excluyentes ni suman necesariamente 100 %. Elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Nueve participantes presentaron pensamientos relacionados con muerte o autolesión, equivalentes al 4,5 % de la muestra total. Desde la perspectiva nosológica, 30 de los 42 casos con valoración clínica positiva mostraron características compatibles con un episodio depresivo actual; siete presentaron antecedentes y características compatibles con un patrón depresivo recurrente; y cinco mostraron sintomatología clínicamente relevante sin reunir todos los elementos necesarios para una clasificación depresiva específica.

De los 58 participantes identificados por el CDI 2 con sintomatología elevada, 36 también presentaron valoración clínica positiva. Se registraron 22 falsos positivos y seis falsos negativos. La sensibilidad del tamizaje fue de 85,7 %, la especificidad de 86,2 %, el valor predictivo positivo de 62,1 % y el valor predictivo negativo de 95,8 %. La exactitud global alcanzó 86,1 %. El coeficiente kappa de Cohen fue 0,63, compatible con una concordancia sustancial entre ambas estrategias de evaluación.

La sintomatología elevada estuvo presente en 17 de los 29 participantes con antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica, 58,6 %, frente a 41 de 172 estudiantes sin este antecedente, 23,8 %. La asociación fue significativa, $p < 0,001$, con OR = 4,53; IC 95 %: 2,00-10,26. Asimismo, 22 de 48 participantes que no convivían con ambos progenitores, 45,8 %, presentaron sintomatología elevada, frente a 36 de 153 estudiantes que convivían con ambos, 23,5 %; $p = 0,005$, OR = 2,75; IC 95 %: 1,39-5,43.

Tabla 3. Concordancia y desempeño del tamizaje frente a la valoración clínica estructurada

Indicador	Valor
Verdaderos positivos	36
Falsos positivos	22
Verdaderos negativos	137
Falsos negativos	6
Sensibilidad	85,7 %
Especificidad	86,2 %
Valor predictivo positivo	62,1 %
Valor predictivo negativo	95,8 %
Exactitud global	86,1 %
Kappa de Cohen	0,63

Nota. La valoración clínica estructurada se consideró como referencia para el cálculo de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. El coeficiente kappa de Cohen expresa el grado de concordancia entre el CDI 2 y la valoración clínica estructurada. Elaboración propia a partir de los datos del estudio.

En conjunto, los resultados mostraron una mayor presencia de sintomatología depresiva en adolescentes de mayor edad, participantes de sexo femenino, estudiantes con antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica y quienes no convivían con ambos progenitores. La diferencia entre la proporción detectada mediante tamizaje y la valoración clínica confirmó que una puntuación elevada no equivale necesariamente a una clasificación nosológica de trastorno depresivo.

Tabla 4. Variables asociadas con sintomatología depresiva elevada

Variable	Con síntomas n/N	%	p
Sexo femenino	39/108	36,1	0,022
Sexo masculino	19/93	20,4	
8 a 11 años	11/62	17,7	0,026
12 a 14 años	20/70	28,6	
15 a 17 años	27/69	39,1	
Antecedente de atención psicológica	17/29	58,6	<0,001
Sin antecedente	41/172	23,8	
No convivencia con ambos progenitores	22/48	45,8	0,005
Convivencia con ambos progenitores	36/153	23,5	

Nota. n/N = número de participantes con sintomatología depresiva elevada sobre el total de participantes de cada categoría; % = porcentaje correspondiente. Los valores de p fueron obtenidos mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según correspondió. Se consideró significación estadística cuando $p < 0,05$. Elaboración propia a partir de los datos del estudio.

DISCUSIÓN

La frecuencia de sintomatología depresiva elevada encontrada en el estudio, 28,9 %, se sitúa dentro del amplio rango descrito para adolescentes cuando se emplean instrumentos de autorreporte. Shorey et al. estimaron una prevalencia global de síntomas depresivos elevados cercana a un tercio de la población adolescente, aunque señalaron variaciones sustanciales según región, sexo y herramienta de medición[15]. Durante el periodo de la pandemia, Racine et al. también documentaron un incremento importante de síntomas depresivos y ansiosos en niños y adolescentes, con mayor carga en grupos de mayor edad y en mujeres (16). Estos antecedentes ayudan a interpretar la cifra obtenida como una estimación de sintomatología y no como prevalencia de trastorno depresivo, especialmente porque la valoración clínica estructurada redujo la proporción a 20,9 %.

La diferencia entre tamizaje y valoración clínica constituye uno de los hallazgos más relevantes. El CDI 2 permitió identificar un grupo amplio de estudiantes con mayor carga de síntomas, pero generó 22 falsos positivos y seis falsos negativos frente a la entrevista clínica. Houghton et al. han señalado que el CDI 2 en su forma breve posee utilidad para el cribado de síntomas depresivos en adolescentes, aunque su función principal es identificar posibles casos que requieren evaluación posterior[17]. En población hispanohablante, Cumba-Avilés et al. informaron propiedades psicométricas adecuadas para la versión en español y destacaron su utilidad como medida de sintomatología, no como sustituto de un diagnóstico clínico[18]. La concordancia sustancial observada, κ = 0,63, respalda el uso combinado de ambas aproximaciones.

El empleo de una entrevista estructurada permitió explorar duración, repercusión funcional y organización de los síntomas. La K-SADS-PL fue desarrollada precisamente para integrar información del niño o adolescente y de sus cuidadores, valorar deterioro y establecer diagnósticos psiquiátricos de manera sistemática[19]. En este estudio, el estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés, las alteraciones del sueño y las dificultades de concentración fueron las manifestaciones más frecuentes entre los casos clínicamente relevantes. Estos hallazgos son coherentes con la noción de que la depresión pediátrica posee una expresión multidimensional y que los síntomas somáticos, cognitivos y afectivos deben interpretarse junto con el funcionamiento escolar, familiar y social.

El contexto escolar y familiar también merece atención. La sintomatología elevada fue más frecuente entre quienes no convivían con ambos progenitores, aunque este resultado no debe interpretarse como una relación causal ni como equivalente a disfunción familiar. La evidencia disponible indica que una mayor conexión con la escuela puede actuar como factor protector frente a síntomas de depresión y ansiedad, especialmente durante la adolescencia20. Del mismo modo, las intervenciones familiares han mostrado beneficios sobre síntomas depresivos en niños y adolescentes, lo que sugiere que la participación de cuidadores puede ser relevante tanto en prevención como en tratamiento21. En consecuencia, futuras investigaciones deberían medir directamente apoyo familiar, comunicación, conflicto y conexión escolar en lugar de utilizar únicamente la estructura del hogar como aproximación.

La presencia de pensamientos relacionados con muerte o autolesión en nueve participantes constituye un hallazgo que exige una lectura clínica cuidadosa. Aunque esta variable no equivale por sí sola a conducta suicida, su detección obliga a disponer de protocolos de seguridad, evaluación inmediata y derivación cuando corresponda. Lu y Muñoz-Laboy subrayaron que los programas de detección de depresión y riesgo suicida en población pediátrica deben estar vinculados a rutas claras de atención y seguimiento, no limitarse a la aplicación de cuestionarios22. En estudios escolares, este aspecto es especialmente sensible porque el investigador puede identificar riesgo en participantes que previamente no habían solicitado ayuda.

Los resultados también dialogan con la evidencia ecuatoriana. Erazo et al. describieron alteraciones psicosociales en niños y adolescentes del país durante el confinamiento por COVID-19, mostrando la susceptibilidad de esta población ante cambios importantes del entorno y las rutinas (23). Por su parte, Asanov et al., en una muestra de estudiantes de secundaria de Ecuador, encontraron indicadores de depresión en una proporción relevante durante el periodo de educación remota y señalaron diferencias asociadas con condiciones sociales y educativas (24). Aunque ambos estudios se desarrollaron en circunstancias excepcionales, confirman la necesidad de producir evidencia local sobre salud mental escolar y de evitar extrapolar sin más las estimaciones de países con sistemas educativos y contextos familiares diferentes.

La mayor frecuencia observada en participantes de 15 a 17 años y en el sexo femenino es compatible con patrones descritos en la literatura internacional y con datos ecuatorianos de hospitalización. Sin embargo, la depresión de inicio temprano es resultado de la interacción de componentes biológicos y ambientales. Singh et al., en una revisión paraguas, identificaron evidencia genética, epigenética, neurobiológica y contextual asociada con la depresión de inicio infantil, lo que respalda un modelo multifactorial y desaconseja interpretaciones basadas en una sola característica sociodemográfica25. Así, edad y sexo deben considerarse marcadores de distribución y no explicaciones suficientes del trastorno.

Los antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica mostraron una asociación marcada con sintomatología elevada. Este resultado puede reflejar persistencia o recurrencia de problemas emocionales previos, pero el diseño transversal no permite establecer temporalidad. La utilidad del tamizaje tampoco debe extenderse más allá de lo que permite la evidencia. La recomendación de la US Preventive Services Task Force respalda el cribado de depresión en adolescentes de 12 a 18 años cuando existen sistemas adecuados para diagnóstico, tratamiento y seguimiento, mientras que la evidencia es insuficiente para recomendar el cribado universal en niños de menor edad (26).

Esta diferencia es pertinente para la muestra estudiada, que incluyó participantes desde los 8 años, y refuerza la necesidad de interpretar los resultados de los grupos menores con especial cautela.

Entre las limitaciones se encuentra el diseño transversal, que permite identificar asociaciones pero no establecer causalidad. La muestra se restringió a tres instituciones educativas fiscales de un solo cantón, por lo que los hallazgos no pueden generalizarse a toda la población pediátrica ecuatoriana. El autorreporte puede verse afectado por comprensión de los ítems, deseabilidad social o disposición para comunicar experiencias emocionales. Además, variables como funcionamiento familiar y apoyo escolar fueron aproximadas mediante indicadores generales. Como fortalezas, el estudio integró diferentes grupos etarios, un procedimiento de selección estratificado y la combinación de tamizaje con valoración clínica estructurada. Esta última característica permitió distinguir entre sintomatología elevada y una aproximación nosológica, evitando asumir que ambas categorías son equivalentes.

En conjunto, los hallazgos apoyan un abordaje escalonado de la depresión pediátrica: detección inicial, valoración clínica, análisis del deterioro funcional y derivación cuando exista riesgo o sintomatología persistente. La identificación temprana en instituciones educativas puede facilitar el acceso a atención, siempre que esté acompañada de protocolos claros y de coordinación con las familias y los servicios de salud mental.

CONCLUSIONES

La sintomatología depresiva presentó una frecuencia relevante en los niños y adolescentes evaluados y fue más común entre participantes de mayor edad y de sexo femenino. Estos hallazgos muestran que la expresión de la depresión pediátrica no se distribuye de forma homogénea y que su interpretación debe considerar la etapa del desarrollo y las características individuales.

La valoración clínica mostró que el estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés, las alteraciones del sueño, las dificultades de concentración y la disminución de energía fueron las manifestaciones más frecuentes entre los participantes con afectación clínicamente relevante. La identificación de pensamientos relacionados con muerte o autolesión en una parte de la muestra refuerza la necesidad de contar con protocolos de evaluación, seguridad y derivación dentro de cualquier estrategia de detección escolar.

La concordancia entre el CDI 2 y la entrevista estructurada fue sustancial, aunque no absoluta. La existencia de falsos positivos y falsos negativos confirma que los instrumentos de tamizaje son útiles para identificar posibles casos, pero no deben utilizarse de manera aislada para establecer una clasificación diagnóstica. El abordaje nosológico requiere integrar intensidad y duración de los síntomas, deterioro funcional, antecedentes y valoración clínica.

También se observaron asociaciones con antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica y determinadas condiciones de convivencia familiar. Por ello, las estrategias de detección temprana deberían vincular a las instituciones educativas con familias y servicios de salud mental, procurando una respuesta proporcional al nivel de riesgo y evitando equiparar una puntuación elevada con un trastorno depresivo confirmado.

Referencias

1. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263
2. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023;62(5):479-502. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.10.001
3. Korczak DJ, Westwell-Roper C, Sassi R. Diagnosis and management of depression in adolescents. CMAJ. 2023;195(21). https://doi.org/10.1503/cmaj.220966
4. Chokroverty L. Depression Part 1: Evaluation. Pediatr Rev. 2024;45(9):483-493. https://doi.org/10.1542/pir.2022-005688
5. Spoelma MJ, Sicouri GL, Francis DA, Songco AD, Daniel EK, Hudson JL. Estimated prevalence of depressive disorders in children from 2004 to 2019: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2023;177(10):1017-1027. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3221
6. Lu B, Lin L, Su X. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024;354:553-562. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.074
7. Pedersen GA, Lam C, Hoffmann M, Zajkowska Z, Walsh A, Kieling C, et al. Psychological and contextual risk factors for first-onset depression among adolescents and young people around the globe: a systematic review and meta-analysis. Early Interv Psychiatry. 2023;17(1):5-20. https://doi.org/10.1111/eip.13300
8. Leibenluft E, Allen LE, Althoff RR, Brotman MA, Burke JD, Carlson GA, et al. Irritability in youths: a critical integrative review. Am J Psychiatry. 2024;181(4):275-290. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230256
9. Konac D, Young KS, Lau J, Barker ED. Comorbidity between depression and anxiety in adolescents: bridge symptoms and relevance of risk and protective factors. J Psychopathol Behav Assess. 2021;43(3):583-596. https://doi.org/10.1007/s10862-021-09880-5
10. Su Z, Yang X, Hou J, Liu S, Wang Y, Chen Z. Gender differences in the co-occurrence of anxiety and depressive symptoms among early adolescents: a network approach. J Psychiatr Res. 2024;179:300-305. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.09.024
11. Lapo-Talledo GJ, Rodrigues ALS, Montes-Escobar K, Parraga-Alava J, Siteneski A. Children and adolescents mental health in Ecuador: high rates of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use and depression. J Psychosom Res. 2025;194:112150. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112150
12. Chávez Acurio AI, Lima Rojas D. Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. Rev Eugenio Espejo. 2023;17(2):33-45. https://doi.org/10.37135/ee.04.17.05
13. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology STROBE statement: guidelines for reporting observational studies. Ann Intern Med. 2007;147(8):573-577. https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010
14. Cho Y, Lee EH, Hong SH, Joung YS, Kim JH. Reliability and validity of the Korean version of Children's Depression Inventory 2 Short Version as a screening tool: a comparison with the standard 28-item version. Psychiatry Investig. 2022;19(1):54-60. https://doi.org/10.30773/pi.2021.0296
15. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Psychol. 2022;61(2):287-305. https://doi.org/10.1111/bjc.12333
16. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. JAMA Pediatr. 2021;175(11):1142-1150. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482
17. Houghton S, Marais I, Kyron M, Lawrence D, Page AC, Gunasekera S, et al. Screening for depressive symptoms in adolescence: a Rasch analysis of the short-form Childhood Depression Inventory-2. J Affect Disord. 2022;311:189-197. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.088
18. Cumba-Avilés E, López-Robledo YM, Caro-González W, Rosario-Nieves I. Pilot validation study for the Spanish-language CDI-2 among adolescents from Puerto Rico. Rev Puertorriquena Psicol. 2020;31(1):110-126.
19. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version K-SADS-PL: initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(7):980-988. https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021
20. Raniti M, Rakesh D, Patton GC, Sawyer SM. The role of school connectedness in the prevention of youth depression and anxiety: a systematic review with youth consultation. BMC Public Health. 2022;22:2152. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14364-6
21. van Aswegen T, Samartzi E, Morris L, van der Spek N, de Vries R, Seedat S, et al. Effectiveness of family-based therapy for depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Int J Psychol. 2023;58(6):499-511. https://doi.org/10.1002/ijop.12926
22. Lu W, Muñoz-Laboy M. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents. J Pediatr. 2023;261:113320. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.12.022
23. Erazo CV, Cifuentes AC, Navas AM, Carrión FG, Caicedo-Gallardo JD, Andrade M, et al. Psychosocial dysfunction of children and adolescents during the COVID-19 lockdown in Ecuador: a cross-sectional study. BMJ Open. 2023;13(6). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068761

24. Asanov I, Flores F, McKenzie D, Mensmann M, Schulte M. Remote-learning, time-use, and mental health of Ecuadorian high-school students during the COVID-19 quarantine. World Dev. 2021;138:105225. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105225
25. Singh MK, Gorelik AJ, Stave C, Gotlib IH. Genetics, epigenetics, and neurobiology of childhood-onset depression: an umbrella review. Mol Psychiatry. 2024;29(3):553-565. https://doi.org/10.1038/s41380-023-02347-x
26. US Preventive Services Task Force. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2022;328(15):1534-1542. https://doi.org/10.1001/jama.2022.16946

Financiación

Recursos propios.

Conflictos de interés

No existe.

Contribución de autoría

Conceptualización: Cevallos Mendez Carmen de las Mercedes, Silvia Noemí Franco Contreras.
Metodología: Cevallos Mendez Carmen de las Mercedes, Damaris Anahí Becerra Peñafiel.
Investigación: Cevallos Mendez Carmen de las Mercedes, Silvia Noemí Franco Contreras, Damaris Anahí Becerra Peñafiel, Allisson Anabel Zumba Castro.
Redacción - borrador original: Silvia Noemí Franco Contreras, Damaris Anahí Becerra Peñafiel.
Redacción - revisión y edición: Cevallos Mendez Carmen de las Mercedes, Allisson Anabel Zumba Castro.