

21 01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INVESTIGACION SOBRE DEPRESION EN NIÑOS
INSTITUCIONALIZADOS A TRAVES DEL
CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (C.D.I.)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA**

P R E S E N T A :

MARIA DEL ROCIO RANGEL SAUCEDO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

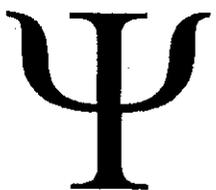
COMITE DE TESIS:

MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

DRA. LUZ MARIA SOLLOA GARCIA

MTRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA

MTRO. MANUEL A. GONZALEZ OSCOY



MEXICO, D.F.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con todo mi amor

*A mi esposo Toño
y a mi hija María.*

INDICE

RESUMEN	iii
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. LA DEPRESION	5
1.1 La depresión.	
1.2 Antecedentes históricos de la depresión	
1.3 Diferencia entre duelo y depresión	
1.4 Cuadro clínico de la depresión	
1.5 Causas de la depresión	
CAPITULO II. ALGUNAS APORTACIONES DESDE EL PSICOANALISIS Y LA TEORIA COGNITIVA	19
2.1 Algunas aportaciones del psicoanálisis	
2.2 La teoría cognitiva de Beck y los conceptos cognitivos de Bowlby sobre la depresión	
CAPITULO III. LA DEPRESION INFANTIL	32
3.1 La depresión infantil	
3.2 ¿Cómo se reconoce la depresión infantil?	
3.3 Cuadro clínico de la depresión infantil	
3.4 Etiología de la depresión infantil	
3.4.1 El concepto de apego y la teoría del vínculo	
3.4.2 Los conceptos de depresión analítica y hospitalismo	
3.4.3 Los conceptos de separación, privación y pérdida	
3.4.4 El proceso de duelo ante una separación o pérdida	
CAPITULO IV. DESARROLLO DEL NIÑO INSTITUCIONALIZADO	54
IV.1 Algunas investigaciones previas	
IV.2 Investigaciones sobre depresión en niños institucionalizados en México	
CAPITULO V. METODO	62
5.1 Planteamiento del problema	
5.2 Hipótesis	
5.3 Definición conceptual de variables	
5.4 Definición operacional de las variables	
5.5 Tipo de estudio	
5.6 Tipo de diseño	

5.7	Sujetos	
5.8	Instrumento	
5.9	Procedimiento	
5.10	Análisis estadístico	
CAPITULO VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS		76
CAPITULO VII. DISCUSION DE RESULTADOS		109
CAPITULO VIII. CONCLUSIONES		118
8.1	Conclusiones	
8.2	Limitaciones y sugerencias	
BIBLIOGRAFIA		124
Anexo 1		129
Anexo 2		132

RESUMEN

Los niños institucionalizados son aquellos que por diversas causas viven separados de sus padres o tutores en instituciones tales como orfanatorios, casas hogar o internados, en donde son criados y educados. Existe consenso entre diversos autores que los niños institucionalizados tienen muchas características que son considerados síntomas de el síndrome de depresión infantil. Algunos estudios demuestran que las separaciones o pérdidas de seres queridos tienen relación con el trastorno depresivo. En el presente estudio se pretende investigar si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo entre un grupo de niños pertenecientes a dos internados y un grupo control de niños no institucionalizados. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), que se aplicó en forma grupal a una muestra de 582 niños y niñas de tercero a sexto de primaria, cuyas edades fluctuaban entre siete y catorce años (328 mujeres y 254 varones). Ambos grupos eran pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo. En el trabajo se hace primero un análisis descriptivo de las características demográficas de la población. Posteriormente los resultados del análisis estadístico muestran que sí existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas depresivos entre el grupo de los niños institucionalizados y los niños no institucionalizados, medidos con el C.D.I. También se investigó si existen diferencias significativas en cuanto a sexo, grupos de edades, y tiempo de institucionalización. Las implicaciones en los niños de estar internos en una institución son discutidas y se hacen algunas sugerencias al respecto.

INTRODUCCION

El planteamiento de esta tesis surge de la motivación de la autora por continuar trabajando en la línea de investigación sobre la psicología de los **niños institucionalizados**, especialmente sobre los síntomas depresivos que presentan.

Para este trabajo, los que se consideran niños institucionalizados son aquellos que por diversas causas han sido remitidos a instituciones para su crianza y educación. Al ser estos niños separados de sus padres y familiares, estos niños tienen carencias afectivas importantes que impiden que su desarrollo físico, intelectual, emocional y social pueda ser óptimo.

Los internados en que se realizó la presente investigación son escuelas primarias de la S.E.P. que se encargan de cuidar y educar a los niños durante los días hábiles, pues al llegar los fines de semana y las vacaciones, regresan con sus padres o tutores, siguiendo el calendario de la S.E.P. Aunque la mayoría de estos niños no han perdido del todo los lazos con sus figuras parentales, estos tienden a ser más débiles que los de los niños que viven en sus hogares con sus padres. Un niño necesita mantener lazos o vínculos cercanos, predecibles y constantes con sus figuras paternas, que le brinden seguridad, para que se sienta valioso y querido.

Durante el tiempo que la autora trabajó en el Internado de educación primaria, de niñas, observó que la mayoría de las niñas se acercan a platicar y demandan atención de los adultos. Llamaba la atención que incluso ante los adultos extraños que nunca habían visto, no se mostraban tímidas, sino que le platicaban, lo abrazaban, querían darle besos, demandándoles atención y cercanía física.

Por otro lado se observó que la mayoría presentaba un rendimiento escolar bajo y poco interés por el estudio, muchas niñas no querían comer, o se comportaban agresivamente con sus compañeras y/o algunos maestros. Algunas se quejaban de dolores e iban constantemente a la enfermería. Además las cuidadoras nocturnas reportaban problemas de sueño, o enuresis hasta en niñas de 5º grado. También se observó que muchas niñas, sobre todo las más pequeñas estaban tristes y lloraban porque extrañaban a sus madres o porque alguna compañera de su edad o mayor la había molestado. Muchas de estas niñas, eran constantemente reportadas por sus maestros o cuidadores por su agresividad, su mala conducta y/o por su bajo interés y aprovechamiento escolar. Algunas eran canalizadas al servicio de apoyo psicológico o pedagógico de la institución. Todos estos rasgos mencionados anteriormente parecían ser indicadores de depresión en las pequeñas.

Las observaciones anteriores coinciden con diversas investigaciones, (Spitz, 1990; Bowlby, 1982; Boy y Casco, 1985; Suman, 1986; Leary, 1983, entre otras) mismas que se mencionarán posteriormente, las cuales llevan a la conclusión de que los niños institucionalizados tienen un alto riesgo de presentar problemas de salud física y emocional, aprovechamiento escolar, conducta, relaciones interpersonales,

agresión, etc y que muchas de estas características son síntomas de el cuadro clínico de la **depresión infantil**.

Muchas de estas investigaciones se han hecho con respecto al desarrollo intelectual, relaciones sociales, lenguaje, salud física y mental, y conducta. Todos los resultados han coincidido en deficiencias significativas en estas áreas, en comparación al desarrollo de niños que han vivido siempre en sus hogares con sus padres biológicos o adoptivos (citadas en Albourek, 1976; Martínez, 1991; y Rangel, 1995).

Los niños institucionalizados tienen sentimientos profundos de rechazo y privación emocional. Esta falta de afecto y de relaciones constantes y duraderas hacen que los niños no alcancen un crecimiento emocional adecuado, que sufran, y que su percepción del mundo sea hostil.

Existe consenso de que los infantes sujetos a una atención prolongada en un ambiente institucional inadecuado presentan alteraciones en el desarrollo de su personalidad y en el de su capacidad intelectual. Incluso los bebés tienen retrasos en su desarrollo psicomotor. Las funciones intelectuales y afectivas son las más vulnerables, determinando trastornos del lenguaje y alteraciones de la personalidad y del carácter (Calderón, 1985).

Estos niños tienen trastornos que incluyen patrones inadecuados en la relación social con tendencia al aislamiento y a la apatía, que apareciendo en forma temprana determinan en la adolescencia y en la edad adulta conductas agresivas y destructivas, así como incapacidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales.

Michaca (1986) por su parte señala la importancia que tiene para el establecimiento de la conducta, la vicisitud de la relación temprana del niño con sus objetos, particularmente los padres, en la teoría de las relaciones de objeto en psicoanálisis.

Así, se sabe que si bien los niños institucionalizados tienen aparentemente satisfechas sus necesidades básicas como comida, techo, educación, ropa, etc., no tienen satisfechas sus necesidades afectivas y emocionales, que son básicas para un óptimo desarrollo integral. Estos niños son potencialmente muy vulnerables a sufrir depresión debido a las separaciones que han tenido de sus padres o familiares cercanos y por la dificultad para establecer vínculos importantes con adultos dentro de la institución.

En un internado son muy pocos los cuidadores que están a cargo de los niños, y además en las instituciones públicas en México, el personal que se encarga de cuidar a los pequeños no tiene la suficiente educación y preparación profesional para brindar a los pequeños un ambiente gratificante, cálido, de confianza y seguridad en el que se promuevan afectos positivos y en el que los niños sientan

protección y aprendan a establecer relaciones interpersonales satisfactorias y vínculos cercanos con los demás (Rangel, 1995).

En una institución hay demasiadas criaturas y pocos cuidadores que les puedan brindar la atención y satisfacción a sus necesidades. Además estas madres o padres sustitutos cambian constantemente y trabajan por turnos. Lo anterior contribuye a aumentar sus sentimientos de rechazo, y parece estar relacionado con conductas que pueden manifestar depresión infantil.

En México se han realizado pocas investigaciones sobre depresión infantil en instituciones. Mancilla (1994) llevó a cabo un estudio comparativo de depresión infantil entre niños que vivían en sus hogares de origen y niños institucionalizados. Aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil (Childrens Depression Scale:CDS). Encontró diferencias estadísticamente significativas en las escalas de respuesta afectiva, sentimientos de culpa, problemas sociales, preocupación por la muerte y la salud, y puntaje total depresivo. Concluyó que los niños institucionalizados tienen mayor tendencia a presentar depresión.

Monroy y Moreno (1994) realizaron una investigación documental sobre la influencia de la carencia afectiva en el desarrollo de la personalidad de los menores institucionalizados, a partir de su experiencia en la Casa Hogar para Varones D.I.F. Entre sus conclusiones mencionan que el personal, si bien cumple con sus funciones, no ofrece una relación afectiva a los pequeños, los cuales ya entran al internado con vínculos familiares estructurados en procesos deficientes. Sugieren que al personal se le brinde programas de apoyo y sensibilización.

Rangel (1995) propuso un curso de capacitación para sensibilización de cuidadores de niños de internados de bajos recursos en México, después de detectar las necesidades afectivas no satisfechas en los niños internos de dos internados de la S.E.P.

Por todo lo anterior la autora entonces decidió hacer una investigación en torno a este cuadro clínico en niños de dos internados de educación primaria: uno de mujeres y otro de varones, comparando los resultados con niños que viven en sus hogares de origen.

Con base en lo anterior, el objetivo general de esta tesis es estudiar la severidad de los síntomas de depresión en niños institucionalizados, por medio de Cuestionario de Depresión Infantil versión mexicana (CDI) (Villegas y Varela, inédito). En el anexo 1 se presenta la versión española del CDI (Polaino-Lorente, 1985).

Los objetivos específicos del trabajo son:

A) Investigar si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo entre de niños institucionalizados, y un grupo control de niños no institucionalizados.

B) Detectar si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo con respecto al sexo.

C) Detectar si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo de los niños con respecto a la edad.

D) Investigar si existen diferencias en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo entre los niños institucionalizados con respecto al número de ingresos que llevan en el internado.

E) Colaborar para la estandarización en México del test que está siendo llevada a cabo por Varela y Villegas (comunicación oral, 1999).

Con este propósito este estudio se dividió en los siguientes capítulos: Este primer capítulo aborda una introducción general a la presente investigación. En el segundo capítulo se aborda el tema de la depresión, antecedentes históricos, principales contribuciones teóricas, diferencia entre duelo y depresión, y finalmente su cuadro clínico. El capítulo tercero se hace un resumen sobre algunas aportaciones del psicoanálisis y de enfoques cognitivos al trastorno depresivo. El capítulo cuatro trata ya específicamente sobre la depresión infantil, antecedentes de este cuadro clínico y sus posibles causas. En el quinto capítulo se hace referencia a la Psicología del niño institucionalizado, mencionando algunas investigaciones al respecto. El sexto capítulo se refiere a las características del método utilizado en esta investigación. En el séptimo capítulo se presenta el análisis de los resultados y en el octavo se realiza una discusión de los mismos. En el noveno capítulo se anotan las conclusiones a las que se llegó. y se mencionan las limitaciones que se presentaron en el estudio y algunas sugerencias para posteriores investigaciones.

Finalmente cabe mencionar que en este trabajo se revisan principalmente, el enfoque psicoanalítico, que considera una enorme influencia del ambiente en los primeros años de la vida del niño, en los desajustes emocionales ulteriores, enfatizando los efectos de las experiencias infantiles en la personalidad adulta, así como el enfoque cognitivo, pues de él surge el CDI. La autora considera que estos enfoques se complementan para aportar un entendimiento más integral y completo del trastorno depresivo.

CAPITULO I

LA DEPRESION

1.1 LA DEPRESION

La depresión como síntoma es experimentado por todas las personas. Se puede manifestar simplemente como tristeza, infelicidad o pesimismo y en mayoría de las personas como una mera sensación de soledad. "Podría decirse que la depresión está en todos nosotros y que se repite a lo largo de nuestra vida, sin descanso." (Guarner, 1978, p.86) Este síntoma es el pesar que aflige al ser humano cuando un acontecimiento adverso sacude su existencia o cuando la discrepancia entre el modo de vida que lleva y el que podría llevar lo sume en absorbente meditación, es un pesar que viene y se va. Es doloroso, retarda la acción y por lo general cicatriza (Arieti y Bemporad, 1993).

Sin embargo es importante entender la diferencia entre el síntoma y la enfermedad depresiva propiamente dicha a la que en adelante la autora se refiere como depresión, síndrome depresivo o trastorno depresivo.

Existe en el ser humano un pesar que no disminuye con el paso del tiempo, que impresiona como inapropiado o exagerado en relación con el acontecimiento supuestamente precipitante, que no aparece vinculado con una causa discernible o que toma el lugar de una emoción más congruente. Este pesar aletarga, interrumpe o anula la acción; inunda con una sensación de angustia difícil de contener, tiende a extenderse en una psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento, reaparece con frecuencia, incluso después de una aparente cura. Este estado emocional se denomina generalmente **depresión** (Arieti y Bemporad, 1993).

Arieti y Bemporad (1993) consideran que es un sentimiento, pero contrariamente al pesar y la tristeza comunes, es también un síndrome en la medida en que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas. Consideran asimismo a la depresión como una enfermedad, si por enfermedad se entiende un estado que provoca una disfunción del organismo, independientemente de la evidencia de patología celular o de la naturaleza de la causa desencadenante. Concluyen que la depresión representa un apartamiento de la manera normal de experimentar ciertas emociones, entre ellas la tristeza y el pesar. La depresión es un trastorno afectivo o del estado de ánimo. El DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la American Psychiatric Association, 1995), incluye la sección de los trastornos del estado de ánimo, en la que se encuentran los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

Así, Stahl (1999) menciona que se utilizan criterios diagnósticos aceptados y estandarizados para diferenciar lo que es una depresión "normal", causada por una decepción o por tener "un mal día", de los trastornos del estado de ánimo, llamados trastornos afectivos. Señala que tales criterios están en constante evolución, estableciéndose las nosologías actuales a partir del DSM-IV en Estados Unidos y del ICD-10 (International Classification of Diseases) en otros países, concluyendo que los trastornos afectivos son síndromes.

Se ha clasificado como síndrome ya que se manifiesta por un conjunto de síntomas entre los cuales el individuo puede presentar tristeza, pesadumbre, ansiedad y sentimientos de soledad, desesperanza e impotencia. Suele acompañarse por falta de concentración y productividad en su trabajo. Está acompañada de pensamientos y expectativas pesimistas y negativas ante el ambiente y el futuro. En muchos casos está asociada a una pérdida importante que tuvo lugar en la infancia o a cuidados poco amorosos y hostiles por parte de las figuras paternas, que resultaron poco satisfactorias en la niñez. Además en el área afectiva también se presenta una incapacidad para relacionarse y desinterés en la vida y en sus actividades. En el aspecto psicomotor se observa una lentitud en sus movimientos y fatiga. Las personas deprimidas pueden presentar quejas, dolor, fatiga o enfermedades psicosomáticas. En algunos casos se presentan ciclos de melancolía y manía.

Para Calderón (1984) esta enfermedad es un problema de salud pública y suele causar grandes sufrimientos a quienes lo padecen. Tiene un efecto negativo en las relaciones interpersonales, una fuerte influencia en la desvalorización de la propia personalidad (manifestada en sentimientos derrotistas), y un efecto bloqueador de necesidades biológicas como el hambre, sueño y apetito sexual, y de impulsos básicos instintivos -conservación, gregario, maternal-.

Puede haber distintas causas (las cuales se mencionan al final de este capítulo) que provoquen la depresión. Para este trabajo se está considerando que las causas principales de depresión en los sujetos de estudio son las psicológicas.

A continuación se presenta una revisión breve de la literatura sobre la depresión, ya que muchos autores han hablado de ella:

Para Cantwell (1987), la depresión como síndrome es un concepto que no solo incluye la disforia, ya que el estado de ánimo disfórico puede aparecer como síntoma, en respuesta a una pérdida o desengaño y/o puede presentarse sin una razón aparente que la explique. Al hablar de depresión como síndrome, significa que la disforia aparece acompañando a otros síntomas y que éstos normalmente aparecen juntos.

Los síntomas no sólo se refieren a cambios afectivos, sino que también incluyen trastornos vegetativos y psicomotores, así como cambios cognitivos y motivacionales. El síndrome clínico de la depresión puede presentarse como el

problema principal, pero también puede aparecer acompañando una gran variedad de trastornos físicos o psíquicos como artritis reumatoide, alcoholismo, personalidad antisocial, trastornos por ansiedad y esquizofrenia.

Cantwell señala que el uso del término "trastorno depresivo" se refiere a que no sólo existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante, sino que también existe un cuadro clínico característico, una historia característica, una respuesta al tratamiento característica y muy probablemente también determinados correlatos familiares, ambientales y biológicos.

Los conocimientos adquiridos durante los últimos años sobre la depresión, han rebasado el campo de la psiquiatría, por lo que deben estar al alcance de médicos generales y especialistas de otras ramas de la medicina (Calderón, 1999). Por eso, es importante que las personas cuyo trabajo profesional esté relacionado con la salud física y psicológica de las personas conozcan las causas, manifestaciones y tratamiento de esta enfermedad.

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION

La depresión, quizá como ningún otro desorden psiquiátrico o médico se remonta en su historia hasta los primeros registros de la humanidad. Se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva en personajes de la antigua mitología y en figuras bíblicas. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates en el s. IV a. de C., quien acuñó el término *melancolía* para designar el exceso de *atrabilis* en el cerebro del individuo deprimido. El afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderón, 1999 y Bemporad, 1993).

Los romanos usaban el vocablo latino *tristitia* como equivalente del término griego de melancolía (Guarner, 1978).

En los primeros siglos de nuestra era, Celsus, en su libro *De res medica*, y Areteo de Cappadocia, en *Enfermedades agudas y crónicas*, hablaban de la manía y de la melancolía como problemas médicos. Este último en el s. II d.C. formuló el cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, la flema o los demás humores. Parece haberse anticipado diecisiete siglos a Kraepelin al asociar manía y depresión, y a considerar ambas como parte de una única entidad nosológica. Observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura. Valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad.

Por su parte, Soranos de Ephesus, describió el cuadro clínico de la melancolía con los siguientes síntomas: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad, y en ocasiones, jovialidad.

Los escritores cristianos de la Edad Media distinguían dos tipos de desesperación, aquella que proviene de Dios y la que es causada por el mundo. El hombre padecería la depresión racional y la irracional. Atribuían la primera al amor y la segunda al odio (Guarner, 1996). Durante esta misma época, filósofos como Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, creencia que se comenzó a abandonar en 1630 cuando Robert Burton publicó su tratado Anatomía de la melancolía, ayudando a identificar los estados depresivos. Mientras tanto, los médicos del resto de Europa redescubrían que melancolía y manía suelen alternar en el mismo individuo. Bonet, en 1684, Schact en 1747 y Herchel en 1768 entre otros, fueron los que asociaron ambos desórdenes como parte de una única entidad diagnóstica (Bemporad, 1993).

Para 1886, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Kraepelin revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico que hasta hoy continúa en vigor. Dentro de la definición abarcativa de psicosis maniaco-depresiva, Kraepelin incluyó una variedad de desórdenes depresivos. Distinguyó cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maníacos, estados mixtos y estados fundamentales o desórdenes del carácter experimentados, entre, antes o en lugar de los ataques maniaco-depresivos.

Su contribución básica fue ordenar el caos nosológico que reinaba en la psiquiatría. Se basó en el modelo de la medicina, considerando que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica no identificada pero cierta, un curso característico y un desenlace predecible. En sus últimos escritos reconoció que no todos los casos tenían un pronóstico estrictamente predecible (Bemporad, 1993). Durante las tres primeras décadas de este siglo se consideraba a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva (Calderón, 1984).

En 1904 Adolph Meyer propuso su propio sistema de clasificación, objetó el término melancolía ya que no se contaba con evidencias positivas de enfermedad, como por ejemplo patología cerebral, y sugirió denominar *depresión* a dicho desorden. Meyer insistió en la necesidad de considerar dos factores en la etiología de la depresión: 1) *la estructura constitucional* y 2) *un factor precipitante*. Consideró los desórdenes psiquiátricos como reacciones a factores circunstanciales y existenciales más que a las condiciones estrictamente orgánicas que evolucionan independientemente de los factores ambientales (Bemporad, 1993).

En el México prehispánico ya se consideraba este cuadro como un problema médico, según la descripción que hizo el médico indígena Martín de la Cruz en 1552, que fue traducida al latín como *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*, conocido como *Código Badiano*. Este código incluye el título "Remedio para la sangre negra" (*Negri remedium sanguinis*). Su reconocimiento y clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como el de la epilepsia (*comitialis morbus*), indican un alto grado de adelanto en la medicina azteca (Calderón, 1999).

1.3 DIFERENCIA ENTRE DUELO Y DEPRESION

Antes de hablar del cuadro clínico de la depresión, es importante mencionar la distinción que Calderón (1999) resalta entre depresión y duelo. La pérdida de un ser querido o una situación desfavorable (económica, de poder, etc), o el enfrentamiento a situaciones aflictivas pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que se le llama duelo; se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada. Incluye tres periodos: desesperación, depresión y adaptación.

En el primero se presenta un estado de choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y agravación o descompensación de las enfermedades preexistentes. La realidad puede ser no aceptada e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, y suelen acompañarla sentimientos de falta de sentido de la existencia, de vacío, de la futilidad de la lucha y la inutilidad del esfuerzo y sacrificio. El periodo depresivo trae tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz. El periodo de adaptación comienza cuando la persona empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos. Para ello necesita ir retirando del objeto perdido sus cargas afectivas, lo que significa la metabolización progresiva del estado depresivo. La duración del duelo es variable, y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses. Cualquier variación del cuadro descrito, ya sea debida a la duración o a la intensidad de los síntomas, la considera patológica.

1.4 CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION

Ha resultado muy difícil y controvertida la clasificación de este cuadro clínico. En la literatura se encuentran diversos tipos de descripción y clasificación del mismo. Calderón (1984), explica de una forma clara y concisa este cuadro. Generalmente se establece una diferencia entre las formas reactiva y endógena. En la reactiva o exógena hay factores ambientales y psicológicos desencadenantes, mientras que en la segunda no hay factores desencadenantes evidentes, pero los estudios revelan alteraciones en la bioquímica y neuroquímica del organismo como se aprecia a continuación.

En los comienzos de la década de los cincuenta, se notó que algunos pacientes hipertensos tratados con reserpina sufrían episodios depresivos. Se demostró que la reserpina disminuye la norepinefrina (NE) y serotonina (5-HT) del cerebro. En otro estudio se observó que ciertos pacientes tuberculosos tratados con isoniazida experimentaron inesperadas mejoras del estado de ánimo. Se demostró que la isoniazida impide la destrucción de NE y 5-HT inhibiendo el efecto de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que metaboliza dichas aminas. Además otras investigaciones en animales revelaron que otros compuestos que bloquean la acción de la MAO pueden revertir el síndrome de tipo depresivo causado por la reserpina. Posteriormente Hertiting demostró que los efectos favorables de los antidepresivos tricíclicos derivan de un bloqueo de la recaptación de NE en las terminaciones nerviosas. A la inversa, se consideró que el litio, droga que sirve para disminuir los estados maníacos, estimula la recaptación de NE en las vesículas sinápticas (Arieti y Bemporad, 1993).

Volviendo a la descripción del cuadro clínico de depresión, básicamente se presentan dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva (permite un diagnóstico rápido y seguro), y otro en el cual las alteraciones afectivas parecen estar cubiertas por lo que predominan síntomas somáticos, y el médico no fácilmente identifica como constituyentes del cuadro. Calderón (1984) divide los diversos síntomas que suelen presentarse en cuatro grupos:

a)Trastornos afectivos:

Síntoma	Manifestaciones
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de intereses en actividades deportivas, culturales, se encierra en su cuarto. Pérdida de intereses vitales.
Tristeza constante	- Puede haber o no tendencia al llanto, que estaría ausente en las depresiones "sonrientes". Estado de ánimo abatido, pesimismo. Se encuentra pensativo, cabizbajo. El paciente dice sentirse desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, preocupado, inútil o culpable.
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones.
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia. Devaluación personal, actitud negativa.
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo
Ansiedad	Más intensa en la mañana. Acompañada de sensación de "nudo en la garganta", "peso en el estómago",

Síntoma	Manifestaciones
	"constricción en el pecho", falta de aire", etc.
Irritabilidad	Malas relaciones interpersonales, agresividad.

b) Trastornos intelectuales (No son los más afectados, pero son importantes):

Síntoma	Manifestaciones
Sensopercepción disminuida	Mala captación de estímulos.
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación.
Disminución de la atención	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
Disminución de la comprensión	Dificultad de comunicación.
Disminución de la concentración	Dificultad para el estudio.
Ideas de culpa o de fracaso.	Autodevaluación. Frecuente pesimismo ante el mundo que lo rodea. Incapacidad de actuar y ejecutar acciones que acaben con su sufrimiento actual por temor a que la situación se empeore.
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

c) Trastornos conductuales:

Síntoma	Manifestaciones
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
Productividad disminuida	Mal rendimiento en el trabajo.
Impulsos suicidas	Ideas o intentos de privarse la vida.
Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas.	Tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

d) Trastornos somáticos- Generalmente se presentan en las "depresiones enmascaradas", ya que los síntomas anteriores no se manifiestan tan claramente. Las depresiones enmascaradas pueden pasar inadvertidas por los médicos.

Síntomas	Manifestaciones
Trastornos en el sueño	Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso. Dormir inquieto. En algunos casos hay hipersomnía.

Síntomas	Manifestaciones
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.
Disminución de la libido	Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
Cefálea tensional	Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.
Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc.
Trastornos cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia o ritmo cardíaco, disnea nerviosa, etc.
Otros	Mareo, prurito, alopecia, etc.

En la actualidad existen varios sistemas para clasificar los trastornos afectivos de la vida adulta, y también se han propuesto diversas clasificaciones de depresión infantil.

Como ya se mencionó anteriormente, los dos sistemas oficiales de clasificación de los trastornos afectivos son el ICD-9, realizado por un comité de representantes de toda la comunidad internacional de psiquiatras (Cantwell y Carlson, 1987), y el DSM-IV. En el capítulo III se describirán dos trastornos que señala el DSM-IV en los que se basó la autora del Cuestionario de Depresión Infantil (CDS), para elaborar el instrumento, mismo que fue utilizado en esta investigación.

Calderón (1984) por su parte, clasifica la depresión en tres categorías: **depresión psicótica, neurótica y simple.**

En la primera, los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante; se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio. Esta idea deriva de la hipótesis monoaminérgica de la depresión, que se describe en el siguiente apartado al hablar de las causas bioquímicas de la depresión.

En la segunda la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante su etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia.

En la tercera, la personalidad no sufre ningún trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido por el término, el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico origina el cuadro depresivo. Cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un

trastorno mental. Esta idea deriva también de la teoría monoaminérgica de la depresión.

Para Guarnier (1996) , el síndrome depresivo debe dividirse en dos variedades: La psicótica y la neurótica. Aunque menciona que existe diferencia entre las dos en cuanto a grado y duración, considera que en esencia el cuadro clínico y la sintomatología son parecidas.

1.5 CAUSAS DE LA DEPRESION

Existen muchas contribuciones teóricas sobre la etiología de la depresión. Akiskal y McKinney, citados por Cantwell (1993), integraron diez modelos conceptuales de la depresión para una mejor comprensión de esta. Los diez modelos propuestos reflejaban cinco escuelas de pensamiento: La psicoanalítica, la conductista, la sociológica, la existencial y la biológica.

Cuatro modelos reflejaban el pensamiento psicoanalítico. El primero era el de "la agresión dirigida hacia uno mismo", que habla de la conversión del instinto agresivo en un estado de ánimo depresivo, y fue propuesto por Abraham y Freud.

El segundo modelo era el de "**la pérdida de autoestima**", en el cual la persona experimentaba indefensión al intentar alcanzar los objetivos del ideal del yo. La hostilidad en este modelo era inconstante y un fenómeno secundario, resultado de pérdidas objetales o de factores que impedían alcanzar el ideal del yo.

Otro tercer modelo psicoanalítico, fue postulado por autores como Spitz, Robertson y Bowlby, que consideraban que la depresión puede ser ocasionada por "**la pérdida de objeto**". El mecanismo para el cuadro clínico era la **separación y ruptura de un lazo afectivo**.

El cuarto modelo psicoanalítico era el de Beck , en el cual "**la indefensión**" era el mecanismo central. Una "triada cognitiva" , que incluía un autoconcepto negativo, una interpretación negativa de la propia experiencia y una visión negativa del futuro, conducía a la indefensión, desesperanza y depresión. El modelo de Beck ha sido ampliado y a partir de éste se ha desarrollado la terapia cognitiva.

Por otra parte examinaron dos modelos conductistas, el de "la desesperanza aprendida" propuesto por Seligman y el que resaltaba la "pérdida de reforzamiento", propuesto por Lazarus y Lewinsohn (citados por Cantwell, 1993).

El primer modelo se basó inicialmente en estudios con animales aplicando a perros estimulación aversiva no controlable. Conceptualizaron la desesperanza aprendida como un estado conductual que aparecía porque el individuo no reconoce la relación entre la respuesta propia y cualquier terminación de hechos

adversos. Petti (citado por Cantwell, 1993) analiza la aportación de este modelo al campo de la depresión infantil, sobre todo en el terreno de los modelos conductuales del desarrollo y los métodos de tratamiento. El segundo modelo hipotetiza que el depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. La experiencia de repetidas situaciones en las que el individuo comprobó que sus esfuerzos no le redituaban recompensa alguna, hace que se aprenda a no buscar más alternativas para salir adelante (Bemporad, 1933).

La tercera y cuarta escuela de pensamiento a estudiar eran la sociológica y la existencial. La primera tuvo representantes como Bart, y defendía que "la pérdida del status del papel o rol" desempeña un papel etiológico importante. La segunda, de la cual autores como Becker eran sus exponentes, afirmaban que la "pérdida de sentido de la existencia" constituía un factor etiológico importante. Se puede comprobar cierta similitud entre las escuelas sociológica, existencial y las conductuales, que a su vez coinciden con la idea de Beck de un sistema cognitivo negativo.

La quinta escuela de pensamiento que revisaron Akiskal y McKinney (citados por Cantwell, 1993) fue la biológica, que resalta la teoría de las aminas biogénicas y la teoría neurofisiológica. La concepción bioquímica contemporánea de la depresión derivó de observaciones clínicas casuales que más tarde fueron corroboradas por investigaciones realizadas en animales (Arieti y Bemporad, 1993). Con respecto a este tema, a continuación se dará una breve explicación sobre la etiología biológica de la depresión, que Stahl (1999) resume claramente:

La primera, conocida como la teoría monoaminérgica hipotetizaba que la depresión era debida a una deficiencia de neurotransmisores monoaminérgicos. La teoría de las neuronas monoaminérgicas toma en cuenta que los principales neurotransmisores son las catecolaminas: NE (norepinefrina), DA (dopamina) y 5HT (serotonina). Se pensaba que la cantidad "normal" de neurotransmisores monoaminérgicos era de algún modo disminuida, quizá por un proceso patológico desconocido, por estrés, o por fármacos, lo que conducía a los síntomas de la depresión. Se ha sugerido que el exceso de una o ambas aminas lleva a los estados maníacos, y su disminución, provoca depresión. (Calderón, 1987)

Para entender lo anterior es importante saber que las neuronas monoaminérgicas tienen enzimas que intervienen en la síntesis de los neurotransmisores pero que también los destruyen para su transformación. La enzima encargada de su destrucción es la monoaminoxidasa (MAO). También existe en cada neurona una bomba de transporte que capta el neurotransmisor y lo almacena para ser usada de nuevo tras un posterior impulso nervioso, o bien destruida por enzimas. Ciertos fármacos que reducían la cantidad de estos neurotransmisores podían inducir depresión, y los antidepresivos conocidos en esa época (antidepresivos tricíclicos e IMAO) tenían acciones farmacológicas que potenciaban a estos neurotransmisores. Los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa), producían un

alivio de la depresión, y se incrementaban los neurotransmisores. Por otro lado, con los antidepresivos tricíclicos también se podía incrementar la NE bloqueando la bomba de transporte (Stahl 1999).

Las neuronas monoaminérgicas poseen también unos autorreceptores que regulan el paso de los neurotransmisores. Existen fármacos que pueden bloquear a estos receptores para promover la transmisión de los neurotransmisores. Por otro lado las neuronas postsinápticas poseen receptores que reconocen cuándo es liberado el neurotransmisor de la neurona presináptica y reaccionan poniendo en marcha una cascada molecular en la neurona postsináptica, que hace que sea posible la neurotransmisión.

La segunda teoría descrita por Stahl (1999) es la hipótesis del receptor monoaminérgico en la depresión. Esta postula que algo no funciona en los receptores de los principales neurotransmisores monoaminérgicos. Según la teoría, una anomalía en los receptores para los neurotransmisores conduce a la depresión. Esta alteración en ellos puede estar causada por un agotamiento de los transmisores monoaminérgicos, entonces los receptores, por compensación, se regulan de forma anómala y aumentan. Esto se correlaciona con la enfermedad depresiva y está asociada hipotéticamente a la causa de la depresión. No existe evidencia directa de todo esto, pero los estudios post mortem de pacientes que se suicidaron indican un incremento del número de receptores serotoninérgicos-2 en el córtex frontal. Por otra parte los estudios indirectos del funcionamiento de los receptores de neurotransmisores en pacientes con trastorno depresivo mayor sugieren anomalías en varios receptores, usando pruebas neuroendocrinas o tejidos periféricos como plaquetas o linfocitos.

Mediante las técnicas moleculares modernas se están explorando posibles anomalías en la expresión de los genes de los receptores de los neurotransmisores y de las enzimas en familias con depresión, pero todavía no se ha tenido éxito en la identificación de las lesiones moleculares. (Stahl, 1999)

Finalmente Akiskal y McKinney (citados por Cantwell, 1993) concluyen que al integrar todos estos modelos, la depresión melancólica es una vía final común de diversos procesos que implicaban cuatro grandes áreas: factores genéticos, estresores fisiológicos, estresores psicosociales y factores evolutivos que predisponen al desarrollo de la depresión.

Sin embargo, un enfoque fisiológico no se opone necesariamente a un enfoque psicodinámico. Los fenómenos psicológicos pueden ir acompañados a modificaciones neurológicas, y la depresión no es una excepción a la regla. Bemporad (1994) señala que los factores psicológicos y fisiológicos están correlacionados.

Calderón (1984), quien considera al ser humano una unidad biopsicosocial, para él la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes

predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro clínico y el diagnóstico que se haga. El estado constitucional y los factores ambientales son mutuamente complementarios, aunque haya predominio de algunos agentes. Aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos, Calderón (1984) divide las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales:

CAUSAS DE LA DEPRESION	
Tipo:	Cuadros en los que predomina:
• Genéticas	• Depresiones psicóticas
• Psicológicas	• Depresiones neuróticas
• Ecológicas	• Depresiones simples
• Sociales	• Depresiones simples

CAUSAS GENETICAS

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas. Quizá se podría hablar de la posibilidad heredar o de presentar una vulnerabilidad a los cuadros depresivos, aunque también pueden influir factores ambientales. La teoría monoaminérgica, de la cual ya se habló anteriormente y las teorías neurofisiológicas han dado luz en este campo.

Otro enfoque biológico sobre la depresión es que ciertos cambios endocrinos pueden originarla (Bemporad, 1993). Existen diversos tratamientos farmacológicos como antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO, bloqueadores de la recaptación de la serotonina, noradrenalina y dopamina, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y de norepinefrina; también se utiliza el litio entre otros fármacos así como terapia electroconvulsiva (Stahl, 1999).

CAUSAS PSICOLOGICAS

Las causas psicológicas que menciona Calderón (1984) pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica; los factores emocionales tienen un papel preponderante, desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad enraizados en el modo de ser del individuo. No son rasgos heredados sino aprendidos a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia.

Además de los antecedentes de la infancia, también es importante advertir sentimientos de culpa, conflictos causados por necesidades inconscientes, incidentes y tensiones familiares. Hay que considerar si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes o si son elementos desencadenantes que

ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada.

Los desencadenantes pueden ser la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de poder, de la salud (enfermedades con peligro de muerte, que determinan incapacidad física o alteraciones estéticas, o enfermedades que afectan la autoestima, como la impotencia).

Entre las causas inmediatas de las neurosis se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Estos entran en conflicto con la personalidad del individuo, produciéndole angustia, y se pueden movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

Por otro lado, la pérdida del objeto (ya sea reciente y real o del pasado, un ser querido, algo intangible como el afecto o autoestima, algo inminente como la juventud, un negocio tambaleante, el poder sexual, la salud, etc.) es una causa básica en la depresión neurótica. Existen numerosos tratamientos psicoterapéuticos, dependiendo del enfoque que se maneje: psicoanálisis, psicoterapias cognitivas, programas de modificación de conducta, terapia de grupo, etc.

En el capítulo II se hace una explicación más amplia sobre algunos puntos de vista acerca de las causas psicológicas de la depresión.

CAUSAS ECOLOGICAS

Calderón (1984) considera que los daños psicológicos y orgánicos (alteraciones bioquímicas en el organismo) causados por la contaminación atmosférica, el ruido excesivo, los problemas de tránsito, son causas de las llamadas depresiones simples. En general, el impacto del desequilibrio ecológico, suscita tensión enajenante, hipertensión, angustia e inseguridad, insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, trastornos cardiovasculares, sordera, disminución de las horas de descanso, etc.

El estrés a causa de un ambiente adverso produce cambios en el organismo . Para Alférez y Vázquez (1992) el estrés es la respuesta adaptativa del organismo humano, ante las excesivas demandas psicológicas o físicas que ejerce el entorno sobre el individuo y que está matizada por las diferencias individuales y por los procesos psicológicos. La enfermedad es muy a menudo la consecuencia de una mala adaptación a las situaciones cambiantes del medio ambiente. Entre Las consecuencias más comunes del estrés mencionan síntomas físicos y emocionales, ente ellos: fatiga, pérdida del apetito sexual, dolor, sentimientos negativos de impaciencia, nerviosismo, ansiedad, tristeza, desánimo y desaliento,

así como problemas en las relaciones sociales, irritabilidad y trastornos psicosomáticos.

Holahan (1996) señala que las condiciones ambientales adversas como el ruido intenso y el calor o frío extremos, la contaminación del aire, el tráfico, etc. son fuentes de estrés y afectan en forma negativa la salud y el bienestar emocional de la gente y, en consecuencia perjudican sus relaciones interpersonales. La aglomeración también es una fuente de estrés.

Por su parte Holahan (1996) menciona que algunos psicólogos ambientales, estudian las consecuencias psicológicas negativas de la incapacidad para ejercer un control personal sobre las circunstancias del ambiente, y se han centrado en la teoría de la impotencia aprendida desarrollada originalmente por la Psicología Experimental, especialmente por Seligman. Esta teoría dice que la impotencia aprendida es una condición psicológica en la cual un individuo llega a creer que sus acciones no pueden modificar el resultado de sucesos desagradables futuros. La impotencia aprendida implica que haya una motivación reducida para responder, dificultad en el reaprendizaje a nivel cognoscitivo de que las acciones personales pueden influir en los resultados y depresión emocional. Seligman (citado por Holahan, 1996) así como otros investigadores han realizado estudios con animales y humanos, y han concluido que la ocurrencia de un suceso traumático genera miedo y la conciencia del individuo acerca de que no puede controlar la contingencia hace que el miedo se transforme en depresión.

CAUSAS SOCIALES

Las pérdidas de los lazos de unión (desintegración familiar, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos con los vecinos, migraciones) afectan en forma importante el estado afectivo de muchas personas. También son causas de las depresiones simples (Calderón, 1984).

En el siguiente capítulo se profundizará un poco más en la manera en que es vista la depresión desde algunas aportaciones psicoanalíticas y cognitivas.

CAPITULO II

ALGUNAS APORTACIONES DESDE EL PSICOANALISIS Y LA TEORIA COGNITIVA

2.1 ALGUNAS APORTACIONES DEL PSICOANALISIS

En 1917, en *Duelo y melancolía*, Freud (1981) compara la melancolía con el fenómeno del duelo. Señala que en ambos hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo, sólo en la melancolía hay una disminución de la autoestima, que da lugar a autorreproches o a expectativas irracionales de castigo. El melancólico tiene una noción vaga de la naturaleza de su pérdida y no reconoce la causa de su abatimiento. Freud piensa que el sujeto tiene una pérdida interna e inconsciente.

Para Freud (1981), los reproches que le hace una parte del Yo a la otra, están dirigidos en realidad a la persona amada o que amó, o que debería haber amado, y que fueron desviados hacia el propio Yo del sujeto. Freud postula que en la infancia el futuro melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La libido liberada del ser amado, por el tipo de vinculación narcisista, no pasó a otro objeto sino al Yo de la persona. Un sector del Yo se identifica con la persona perdida, y así la sombra del objeto cayó sobre el Yo. Las pérdidas ulteriores, reactivan la pérdida original y hacen que la furia de la persona se descargue contra el objeto que infligió la decepción original, que ha quedado fusionado con parte de su propio Yo. En algunos casos el sadismo es tal que su afán por destruir al objeto perdido, lo lleva al suicidio.

En la manía, el Yo ha dominado su rabia internalizada y arroja el problema hacia fuera (superioridad), y en la melancolía el Yo es derrotado por la instancia censurante (super Yo) y continúa siendo víctima de su ira. Posteriormente propone que la identificación es un mecanismo para vincularse con los objetos perdidos, abandonadores o frustrantes, ya que por medio de esta internalización, se anula una pérdida en el inconsciente. Postula que existe una tremenda discordancia entre el superyo del melancólico- que es severo y poderoso- y su Yo- que se encuentra indefenso-. Concluye que si la agresión no se expresa hacia fuera terminará por volverse contra el propio sujeto.

Freud identifica tres factores condicionantes para la melancolía: la pérdida del objeto, un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el Yo.

En 1924 K. Abraham (citado por Bemporad, 1993) propuso que cuando la persona melancólica sufre un insoportable desengaño infligido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a

continuación el acto de introyectarlo y devorarlo, de forma de identificación narcisista. Como el objeto perdido ahora es tratado como parte de su Yo, su sed de venganza ahora atormenta al Yo, lo que determina una actitud ambivalente hacia sí mismo. Así lo demuestran sus autorreproches durante los episodios depresivos y su sentimiento de superioridad durante los intervalos de normalidad. Abraham puso acento en la repercusión de las decepciones infantiles en los vínculos amorosos y en que la depresión en la edad adulta es la recapitulación de un trauma infantil.

Para Melanie Klein existe suficiente Yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y en la realidad. Postula dos etapas básicas del desarrollo durante el primer año de vida, a las que llama "posiciones". La primera es la posición esquizo-paranoide, caracterizada por el hecho de que el bebé no reconoce personas -objetos totales de la realidad-, sino que percibe y se relaciona con objetos parciales. El reconocimiento de la madre como un objeto total, marca el comienzo de la posición depresiva -que empieza en la segunda mitad del primer año- que se caracteriza por la relación con objetos totales y por el predominio de integración, ambivalencia, ansiedad depresiva y culpa (Segal, 1988).

En la medida en que el niño pueda ir integrando sus objetos bueno y malo en uno solo, y se de cuenta de que el objeto ideal al que ha amado y el objeto malo al que le ha proyectado todos sus impulsos agresivos son uno solo, siente culpa, ambivalencia y una ansiedad depresiva, pero si ha predominado el amor, es decir, las experiencias buenas sobre las malas, podrá ser capaz de reparar y elaborar su duelo. Fortifica entonces su Yo, asimilando a los objetos buenos introyectados en su Yo y Súper Yo. Si sucede esto normalmente, ha comenzado a establecer una relación con la realidad (Segal, 1988).

Para ella, el factor que más predispone a la melancolía, es la incapacidad del Yo del niño de constituir buenos objetos de amor. Este fracaso determina una permanente vivencia de maldad que no se proyecta en el afuera, sino que queda incorporada a la imagen de sí mismo. (Bemporad, 1993) El conflicto depresivo para Klein, puede estar subyacente en la mayor parte de los desórdenes neuróticos.

A mediados del siglo XX, los psicólogos del Yo modifican los criterios psicoanalíticos tradicionales de la depresión, pues subrayan que el reconocimiento de dolorosas discrepancias por parte del Yo es un factor central en este desorden, cuya principal característica es la caída de la autoestima. Consideran que el principal problema del Yo en la depresión reside en la falta de autoestima. Para Bibring(citado en Bemporad,1993), la depresión puede ser definida como la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del Yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima. Además tiene el Yo intensas aspiraciones narcisistas, incapaz de concretar.

Sandler y Joffe (citados por Bemporad, 1993) consideran que la depresión es un afecto básico (como la ansiedad) que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. Además consideran que en la depresión se pierde la sensación de integridad narcisista y no un "objeto" específico. Conciben la depresión como la sensación de haber quedado privado de un estado ideal, vehiculizado, a menudo por una relación con otra persona. También hablan de dos tipos de depresión: la depresión como respuesta psicobiológica básica que surge automáticamente ante las situaciones descritas, y depresión clínica, que es una elaboración ulterior anormal de la reacción básica displacentera.

En cuanto a la ira, sugieren que la pérdida inicial genera rabia, pero el sujeto impide la expresión de esa hostilidad o la dirige contra un sí mismo que, a causa de su ineficacia, le inspira disgusto; reiteran que en la depresión se produce un bloqueo de la agresión.

Bibring, citado por Bemporad (1994) propone que la depresión es el resultado de la privación no compensada de necesidades narcisistas, que la depresión era el complemento emocional de una indefensión o invalidez que percibía el Yo para obtener suministros narcisistas necesitados por parte del ambiente. Cuando un individuo era privado de un área crucial de gratificación y era incapaz de restaurar lo que fuera que perdiera, experimentaba un sentimiento de incapacidad o indefensión del Yo junto con un afecto de depresión o una caída de los mecanismos que normalmente utilizaba para mantener la autoesima.

El grado en que el individuo sucumbía al sentimiento de indefensión o incapacidad podía depender de su historia previa, su habilidad para obtener otros sustitutos psíquicos gratificantes así como de factores externos. De otra forma el individuo también podría complicar su depresión con autoreproches o autoacusaciones, escapar mediante ciertos actos o abuso de sustancias.

Sandler y Joffe (citados por Bemporad, 1993) describían la depresión como una reacción afectiva psicobiológica básica que surge cuando un individuo ha perdido la sensación de bienestar, ya sea porque perdió a una persona amada o por la frustración ante una aspiración, actividad o función. Como la ansiedad, que es otro afecto negativo básico, la depresión es vista como anormal cuando persiste por mucho tiempo o cuando un niño es incapaz de adaptarse apropiadamente a la situación. Coinciden con Bibring en cuanto a que la esencia de la depresión es un sentimiento de tener una pérdida y ser incapaz de remediarla.

Los seguidores de Klein, entre ellos Fairbairn, Winnicott y Guntrip, han dado creciente importancia a los factores ambientales, haciendo que el concepto de "relaciones objetales" abarque por igual objetos externos e internos. Spitz (1990) introduce los términos depresión "anaclítica" y "hospitalismo" como síndromes de cuadros depresivos en bebés ante separaciones de sus madres. En la primera los

lactantes mostraban desinterés en el medio ambiente, pérdida de peso e inhibición motora. Si la privación continuaba, los síntomas de la depresión empeoraban, y si excedía de cinco meses, aparecía un nuevo cuadro clínico llamado "hospitalismo", en el que incrementaban todos los síntomas; el que el retraso motor se hacía evidente por completo, los niños se tomaban pasivos, enfermaban, y algunos llegaban a la muerte. Sobre estos conceptos se hará una explicación más amplia en el capítulo III.

Bowlby (1982) también utiliza la teoría de relaciones objetales en su teoría del apego, en la que se da gran importancia al vínculo entre el bebé y sus figuras parentales, principalmente.

El papel fundamental del apego y los efectos patológicos de la separación en la infancia fueron elaborados por Bowlby (1980). Para él las respuestas de niños pequeños ante la pérdida de su madre son similares a las de los adultos que han tenido una pérdida. Las reacciones del duelo que se observan a menudo en la infancia presentan muchos de los rasgos que constituyen el sello del duelo patológico en el adulto, en el que se vive con estrés y aflicción crónicos, sobre todo en los que de niños o adolescentes sufrieron la pérdida de un padre.

Bemporad (1993) considera que las corrientes de pensamiento interpersonal, cultural y existencial, entre otras, aparecieron como reacción a la posición freudiana. Algunas rechazaron el psicoanálisis ortodoxo, y otras incorporaron la doctrina de Freud con sus puntos de vista y nuevas formulaciones.

Cohen y colaboradores (Citados por Bemporad, 1993) toman en cuenta la atmósfera familiar en que crece el futuro individuo depresivo, el efecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva. Encontraron que en los antecedentes familiares de los depresivos, la familia se retraía de la comunidad o era obligada por otros a hacerlo, ya sea por diferencias religiosas o en el nivel económico, o por una enfermedad familiar crónica. Las familias utilizaban al hijo como instrumento para mejorar la reputación familiar y no para estimular en él el sentido de realización y autoestima. La madre era la figura más fuerte y exigente. El padre era fracasado y figura débil. En su infancia, las madres de los maniaco-depresivos los amenazaban con abandono si crecían hacia la independencia e individuación. En general sus pacientes tenían desde la infancia una sensación interna de vacío y una permanente necesidad de apoyo y dependencia de figuras externas. Concluyeron que si se interrumpe la dependencia de una figura externa, el episodio depresivo se manifiesta como el intento de recuperarla.

Por otro lado Bemporad (1993) señala que la corriente culturalista interpreta la depresión poniendo acento en la reacción a las exigencias sociales, en el efecto que los síntomas producen en los demás y en la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Este autor también cita a Kurt Adler y Bonime, el primero considera que el depresivo se esfuerza por afirmar su enfermedad, para

hacer prevalecer su voluntad sobre los demás, para obligarlos a sacrificarse y frustrar todas sus tentativas para ayudarlo, para culparlos de su situación y para liberarse de toda obligación y cooperación social. El segundo piensa que el depresivo manipula a los demás, siendo incapaz de asumir sus responsabilidades, pide pero no da nada a cambio. Además entiende el comportamiento del depresivo como "hostilidad encubierta"

Bemporad (1994), por su parte considera el fenómeno de la depresión visto como una reacción psicológica de la vivencia de grandes decepciones y experiencias crónicamente frustrantes o pérdidas, es modificado paralelamente al aumentar las capacidades cognitivas y sociales del niño en desarrollo, pues considera que los niños más pequeños reaccionan cualitativamente de manera diferente que los niños mayores. Los primeros reaccionan más directamente a las experiencias del ambiente, los segundos ya hacen juicios y conclusiones cognitivas por las experiencias que viven debido a las capacidades cognitivas que van adquiriendo conforme a su maduración, por lo que se ha visto que empiezan a tener una baja autoestima, autorreproches, y sentimientos de culpa como acompañantes del afecto depresivo.

¿Qué sucede desde el punto de vista cognitivo ante una separación o pérdida y cómo repercute esto en un duelo normal o uno patológico que puede llevar a trastornos emocionales como la depresión? A continuación se mencionarán algunas explicaciones propuestas.

2.2 LA TEORÍA COGNITIVA DE BECK Y LOS CONCEPTOS COGNITIVOS DE BOWLBY

El Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs y Beck, que se utiliza para la investigación del presente trabajo es un derivado del Cuestionario de Depresión de Beck (BDI) realizado por Beck. El CDI fue hecho con una versión modificada del formato y lenguaje del BDI. Por esta razón es importante hacer un breve análisis de algunas teorías cognitivas, especialmente la de Beck, y la manera en que interpretan al trastorno depresivo. Por otro lado, ya que este trabajo también se ha inspirado en el pensamiento psicoanalítico, se analizará la propuesta de las ideas cognitivas sobre depresión de Bowlby.

La depresión en niños pequeños puede ser cualitativamente distinta a la de niños mayores, reflejando una inmadurez de su desarrollo cognitivo y social.

Entre los 7 y 12 años aproximadamente los niños empiezan a alcanzar la etapa de las operaciones concretas que propone Piaget (1979) como supremacía del pensamiento sobre la apariencia, y se refieren a la realidad en sí misma. Esto hace que el niño desarrolle esquemas o conceptos organizadores a través de los cuales la experiencia va a comenzar a ser juzgada e interpretada. El niño no reacciona ya al mundo inmediato que percibe sino evalúa su experiencia de acuerdo a filtros cognitivos. Los niños mayores empiezan a buscar razones más allá de los eventos

y comienzan a hacer intentos de dar un sentido lógico del mundo exterior, por lo que ya no aceptan tan fácilmente la realidad como les es expuesta. Mientras mayor es el niño, reacciona menos directamente a lo desagradable que puede ser su ambiente sino más a los sentimientos de decepción que surgen dentro de él (Bemporad, 1994).

McConville et al (citados por Bemporad, 1994) encontraron que niños deprimidos de 8 a 10 años de edad, ya expresaban un sentimiento de baja autoestima que había estado ausente en las manifestaciones de disforia de otros niños más pequeños.

Mientras más pequeños son los niños, reaccionan a las experiencias del ambiente pero no están listos para llegar a conclusiones que vayan más allá de su experiencia inmediata. Piaget (1979), consideraba que los niños en la temprana infancia todavía no entra a la etapa de operaciones concretas, sino que su etapa se caracteriza por un "realismo moral" en el que las acciones son juzgadas por sus consecuencias y no por sus intenciones

En este sentido Bemporad (1994) considera que los niños expuestos a ambientes emocionalmente dolorosos y frustrantes, reaccionan, pero no son capaces de llegar a conclusiones lógicas que vayan más allá de su experiencia. Los niños regresan rápidamente a su funcionamiento normal cuando la fuente de su aflicción es removida o cuando son puestos en situaciones que ofrecen un cuidado y estimulación apropiados para sus necesidades. Esta recuperación lleva a pensar que la psique de un niño pequeño ha sido grandemente alterada, pues puede haber poca evidencia de las reacciones depresivas anteriores. Nadie dudaría que el niño tuvo afectos depresivos, pero él cree que hay una razón para dudar si este estado de ánimo lleva consigo una alteración de las autoevaluaciones o de los sucesos negativos en un futuro.

McConville et al (citados por Bemporad, 1994) encontraron que niños de 6 a 8 años de edad que estaban deprimidos manifestaban estados puros de tristeza, sin ser acompañados de aspectos cognitivos como pérdida de la autoestima o culpa, características que presentaban otros niños mayores que también estaban deprimidos. Bemporad considera que la depresión en los niños pequeños no es una enfermedad que va necesariamente a continuar, basada en evaluaciones pesimistas arregladas conscientes o inconscientes del propio self y de los otros, y apoya el punto de vista de que es una reacción a la situación. Considera que la depresión es un fenómeno variable de la etapa de desarrollo del individuo.

Anthony (citado por Bemporad 1993), argumenta que la depresión puede estar caracterizada como un desarrollo padecido paralelamente al desarrollo del niño en cuanto a simbolismo, representación, lenguaje y operaciones lógicas. Por lo tanto, para los niños más pequeños esta respuesta pareciera ser una reacción a una privación emocional continua por parte de los padres o a una pérdida no compensada de un objeto temprano de amor.

Aarón T. Beck (citado por Dudley, 1997) trabajó extensivamente con adultos que presentaban síntomas depresivos. Al igual que Albert Ellis hizo un entrenamiento psicoanalítico, pero ambos llegaron a la conclusión que los síntomas psicológicos comunes de la depresión son en gran parte causados por sobregeneralizaciones cognitivas y otras formas de pensamiento distorsionado. Entonces Beck alrededor de 1979 construyó una forma de terapia cognitiva parecida a la Terapia Racional Emotiva propuesta por Albert Ellis en 1955.

La característica central de su teoría cognitiva es que el contenido del pensamiento de una persona afecta su estado de ánimo, en otras palabras, la manera en que una persona siente es el resultado de sus pensamientos y percepciones, que ejercen más influencia en la persona que la situación misma que vive. Para él la cognición es un concepto esencial, y se refiere a lo que está en la mente, es decir, es la adquisición, procesamiento, organización y uso psicológico del conocimiento (Dudley, 1997).

Beck (1979) postula la existencia de esquemas a través de los cuales los individuos filtran e interpretan su experiencia. Estos esquemas son influenciados por la historia del desarrollo de la persona antes del comienzo del estrés psicológico. Así, los individuos propensos a depresión desarrollan esquemas negativos distorsionados que a menudo permanecen latentes hasta que son activados por situaciones estresantes. Como parte del complejo sintomático de la enfermedad depresiva existen distorsiones cognitivas tales como un pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad.

En la psicopatología, según Beck (1979), se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos consideraría una manera realista de pensar o de interpretar la realidad. La depresión presenta sus propias formas de distorsión, que Beck reúne bajo la denominación de la **triada cognitiva**, que consta de:

- Expectativas negativas respecto del ambiente
- Concepto negativo de sí mismo
- Expectativas negativas respecto del futuro

La forma negativa de ver el mundo se manifiesta por una tendencia a interpretar negativamente las situaciones y los eventos ante los que se enfrenta. El futuro negativo está asociado con una gran desesperanza y una expectativa negativa de éste. La manera negativa de verse a sí mismo se manifiesta en baja autoestima y una autoevaluación negativa, autocrítica elevada y devaluación de las propias habilidades.

También el paciente depresivo tiene distorsiones cognitivas que son errores sistemáticos en su razonamiento, creencias, actitudes, suposiciones disfuncionales que son reguladores internos de la conducta, que anulan las respuestas de realistas y de sentido común.

Beck (1979) detectó estos tres componentes de la depresión en sueños de sus pacientes, en sus asociaciones y reacciones a estímulos externos. Para él los sentimientos depresivos surgen espontáneamente de la posición cognitiva descrita. Posteriormente vincula la depresión con una **pérdida** significativa que a su vez da lugar a las características distorsiones cognitivas. Según él las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan así patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión, fluyen a partir de estas autoevaluaciones negativas. Agrega que la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica. Infiere que después de experimentar una pérdida el individuo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa.

Beck (1979) afirma que las **evaluaciones distorsionadas** de la persona lo llevan a la tristeza. Considera que concepto del depresivo sobre sus atributos, relaciones y logros está saturado de la noción de pérdida, y esta noción puede ser tanto pasada como presente y futura. El evento que lo lleve a sentir gran tristeza puede ser la pérdida real de una persona o simplemente el miedo a esa pérdida, incluso un cambio en el estatus de vida, un fracaso en sus relaciones interpersonales, o en una meta. Todo el tiempo interpreta sus situaciones como pérdidas o amenazas de pérdidas.

El mismo autor también opina que la persona propensa a deprimirse está muy sensible por ciertas situaciones de su vida que fueron desfavorables, como la pérdida de un padre o un rechazo constante de sus compañeros, es decir, vivió experiencias traumáticas que la predispusieron a reaccionar exageradamente ante condiciones similares más tarde en su vida, como terminar una relación con una persona, fracaso en una meta, pérdida del trabajo, problemas financieros, enfermedad física, pérdida del estatus social, etc. y además tiene una tendencia a hacer juicios extremos, absolutos cuando una situación ocurre. Así una pérdida puede ser interpretada como irrevocable, la indiferencia como un rechazo total (Beck, 1979).

Beck documentó su teoría con datos clínicos y experimentales. Una crítica que se le hace es que si bien acentuó los aspectos cognitivos de la depresión, lo hizo sobre mecanismos cognitivos conscientes y simples, desestimando en cambio las estructuras cognitivas inconscientes y la participación que le cabe al conflicto, como las expectativas que condenan a los pacientes a la frustración y desesperanza sin poder reconocer la influencia que ejercen sobre su comportamiento, o como la vergüenza por su exagerada dependencia, o ambiciones irracionales. Para él, el deprimido siente que carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad, pero no aclara suficientemente por qué esto da origen a la triada cognitiva (Bemporad, 1993).

El punto de vista de Beck resulta de interés pues describe los resultados cognitivos de la depresión como causa de una pérdida, sin embargo una crítica a su teoría sería que no explica cómo sucede esto. Su teoría se queda en las ideas distorsionadas conscientes pero no llega a lo que sucede en el inconsciente.

Es interesante notar que las ideas cognitivas de Bowlby, cuyo pensamiento principal es de raíces psicoanalíticas, coinciden con la base de otras teorías cognitivas, por ejemplo, Beck señalaba que las personas que sufrían desórdenes depresivos a menudo se sentían abandonados, no queridos ni amados. Bibring hablaba de los grados más o menos intensos de desesperanza e indefensión. Seligman señala las formas en que una persona, habiendo frecuentemente fracasado en resolver ciertos problemas, se sentía indefenso, y aún cuando se le presentaba un problema que sí podía resolver según sus capacidades, no intentaba hacerlo. Si acaso trataba de resolverlo con éxito, él tendía a decir que fue mera casualidad. Esta forma de pensar, a la que Seligman llama "indefensión aprendida", es responsable por la indefensión presente en los desórdenes depresivos, según su punto de vista (citados por Bemporad, 1993).

Se puede ver que la base de la teoría cognitiva de Seligman arriba mencionada sobre los trastornos depresivos, coincide con la que postula Bowlby. Ambos proponen que los individuos propensos a trastornos depresivos poseen esquemas cognitivos que tienen ciertas características que hacen que interpreten los eventos en sus vidas de cierta forma. Bowlby (1980) propone que esos esquemas se desarrollaron al haber estado expuestos a ciertos tipos de experiencia durante su niñez. Para Bowlby, Beck asume que algunas experiencias de la niñez forman parte en el desarrollo de estos esquemas, pero no va más lejos, considera que la investigación en este campo es de gran dificultad.

Bowlby (1980), sin embargo, concluye que aquellos adultos que desarrollan un desorden depresivo, presentan generalmente como determinante del trastorno un evento muy estresante anterior, como una decepción o pérdida, pero la mayoría también tuvieron una pérdida o separación importante durante su niñez de una figura de apego como la madre, las cuales son un factor de vulnerabilidad para el trastorno depresivo.

Para Bowlby (1980), ante una pérdida o separación, un duelo es saludable porque sirve para descartar viejos patrones de pensamiento, sentimiento y acción antes de que otros nuevos se puedan formar. Es inevitable que una persona que sufrió una pérdida a veces pierda la esperanza y caiga en un estado de depresión y apatía. Sin embargo, si todo va bien, la persona empieza a examinar su nueva situación y considerar maneras para enfrentarse con ella.

Esto implica una redefinición de sí mismo así como de su situación, que es muy dolorosa pero crucial, pues significa que finalmente renunciará a la esperanza de recuperar a la persona perdida y a reestablecer la nueva situación. Hasta que esta redefinición se lleva a cabo, entonces podrá hacer planes para el futuro. Es muy

importante hacer notar que la redefinición del self y de la situación no sólo implica soltar un afecto sino también un acto cognitivo sobre el que todo lo demás se pone en marcha, y se rehacen los modelos internos de las representaciones para que se emparejen con los cambios que han ocurrido en la vida de la persona.

Bowlby (1980) piensa que en la mayoría de los trastornos depresivos, incluyendo el duelo crónico, la razón principal por la que una persona se siente indefensa es su habilidad para hacer y mantener relaciones afectivas. El sentimiento de estar indefenso puede ser atribuido a las experiencias que ha tenido en su familia de origen, que seguramente también han continuado en la adolescencia, y que son:

- Sentir que nunca logró tener una relación estable y segura con sus papás a pesar de sus repetidos esfuerzos para hacerlo, aunque trató de cubrir todas sus demandas y tal vez también las expectativas poco realistas que tenían de él. Así desarrolló una tendencia a interpretar cualquier pérdida que sufriera más tarde como otra de sus fallas para hacer o mantener una relación afectiva estable.
- Puede habersele dicho repetidamente que era no amado, inadecuado o incompetente. Esto pudo haber formado un modelo de él mismo como no querido o amado, y un modelo de figuras de apego como poco disponibles, rechazantes o castigadoras. Así una persona que sufre estas experiencias, no esperará que los demás brinden ayuda, sino que sean también hostiles y rechazantes.
- Esa persona muy probablemente sufrió la pérdida de un padre durante su niñez, y como consecuencia sintiéndose impotente; esas experiencias pueden confirmar sus creencias en que cualquier esfuerzo que haga va a fracasar.

Todo esto puede explicar por qué una persona con trastorno depresivo no solo se siente sola y triste sino, no amable, no amada e indefensa, y además por qué estas personas suelen no responder a ofrecimientos de ayuda de otros. La manera en que una persona responde a una pérdida, depende de la interacción que gira alrededor y que sigue a la pérdida y de la forma en que la persona adjudica estas tendencias o prejuicios cognitivos a la pérdida. Estos prejuicios cognitivos son la forma en que la información que va a ser procesada es construida, y el grado en que esa información es aceptada y procesada adecuadamente, o por el contrario, es excluida como una defensa.

Para Bowlby (1980) la parte que juegan las experiencias que la persona tuvo en su niñez son críticas, pues sus modelos representativos de las figuras de apego desde la infancia temprana son en gran parte responsables, primero por los patrones de relaciones afectivas que hace durante su niñez, y segundo, por las tendencias cognitivas que él trae a cualquier pérdida que tenga. El curso de su

duelo dependerá entonces de la manera en que responde cognitivamente a esa pérdida, de las circunstancias que la rodean.

Si aclaramos los modelos representativos a los que Bowlby se refiere tenemos que las personas que tienen un duelo crónico generalmente han establecido dentro de sí mismos dos pares de modelos representativos de figuras de apego y de su propio self, con ciertas características que generalmente son incompatibles.

Generalmente el primer modelo de sus padres corresponde a lo que ellos le dijeron e impusieron: unos padres que no se podían criticar, y se complementa con un modelo de él mismo como una persona sin valor, ingrato, culpable, y si siente coraje hacia ellos, éste es injustificable. El segundo par de modelos será el que su experiencia le dijo: el de unos padres poco afectuosos, y atentos, generalmente no disponibles, y de él como alguien con derecho tener demandas y coraje justificado hacia sus padres, y también con mejores sentimientos e intenciones hacia ellos que lo que ellos piensan.

Estos pares de modelos permanecen intactos cuando la persona hace nuevas relaciones afectivas, como el matrimonio. Pero la situación con estas nuevas figuras de apego es muy poco estable y cambiante, ya que a veces actúa el primer par de modelo en sus relaciones de apego, y a veces el otro que estaba subordinado toma su lugar. Estos modelos incompatibles hacen relaciones inestables, y además tienen un efecto importante en las percepciones, sentimientos y acciones del individuo, como si fuera "su otro lado". Esta es una característica que tiene la gente deprimida, y genera ansiedad y confusión en aquellos que lo rodean y lo tratan de ayudar.

Estos individuos que fueron enseñados a no llorar ni buscar consuelo, pues obtienen desprecio y rechazo, aprenden a cultivar la autosuficiencia y una concha autoprotectora, y aprenden a rechazar cualquier deseo de amor y apoyo. Mientras más frecuentemente un niño es rechazado o experimenta una separación, más ansioso y afligido se vuelve, y más frecuentes y dolorosos son los rechazos que recibe, por lo que su coraza protectora será más gruesa. En algunas personas esa coraza es tan gruesa que las relaciones afectivas se atenúan a tal punto que las pérdidas ya no le afectan, se vuelven inmunes al duelo, pero a un costo muy alto. Estas personas generalmente presentan una ausencia prolongada de tristeza o pesar ante las pérdidas, por eso se quedan atoradas en el proceso de duelo.

Una vez que los modelos representativos de los padres están establecidos de la manera en que se ha descrito, la persona creará modelos falsos en sus relaciones interpersonales, y ante un duelo tendrá muy poca confianza en que recibirá consuelo y bondad de otros parientes o amigos, por el contrario, pensará que lo culparán o lo rechazarán, y que si acepta su apoyo, será a cambio de un servilismo, tal y como lo sentía con sus padres.

Las tendencias cognitivas que contribuirían a un duelo exitoso según Bowlby se mencionan a continuación:

Las de una persona que posee un modelo representativo de figuras de apego que es disponible, responsivo y amable; así como un modelo complementario de sí mismo de alguien valioso y potencialmente querible. Esos modelos han sido construidos como resultado de experiencias felices durante su niñez, cuando sus deseos por ser amado, apoyado y consolado fueron respetados y cumplidos. Así que, influenciado por esos modelos, podrá ser capaz de hacer otras relaciones amorosas y confiables durante su niñez y vida adulta.

Al ser confrontado con una pérdida de alguien muy cercano, esta persona no evitará su pena, sino por el contrario podrá afligirse profundamente y en ocasiones tal vez estar muy enojado. No se reprochará la muerte de su ser querido, no se sentirá responsable ni culpable, ni rechazado. No tendrá miedo de sentir deseos intensos e incumplidos por amor de la persona querida, se dejará llevar por la pena de la pérdida, llorará, añorará. Si tiene amigos empáticos, encontrará consuelo en ellos, y recordará las satisfacciones de su relación perdida sin tener que borrar de su memoria sus limitaciones. Durante los meses y años venideros podrá volver a organizarse, fortificado quizás con la sensación de la presencia continua y benevolente de la persona perdida.

Todos estos puntos de vista resultan muy interesantes para comprender mejor la depresión y sus causas psicológicas. Se puede decir que las experiencias tempranas influyen en gran medida en la manera en que el individuo interpreta su mundo, y su valor como persona, así como las experiencias que vivirá en el futuro. El ser humano aprende a relacionarse de determinada manera desde muy pequeño aunque todavía no sea capaz de dar explicaciones lógicas a sus experiencias. Lo que vive es lo que tenderá a repetir, y a hacer.

La autora coincide con Bowlby en el papel tan importante que juegan las experiencias de la persona en su niñez tanto por los patrones de relaciones afectivas que hace durante su niñez, como por las tendencias cognitivas que esas experiencias, si fueron adversas y no fueron compensadas por otras más favorables, dejan para cualquier pérdida que posteriormente tenga.

La autora también considera, como Bemporad, que la depresión en niños pequeños puede manifestarse de distintas formas a la de niños mayores, reflejando una inmadurez de su desarrollo cognitivo y social. Sin embargo el hecho de que no verbalice todavía o no verbalice sus emociones, no se contrapone con la idea de que esté haciendo modelos cognitivos como los propuestos por Bowlby desde muy temprana edad, aunque no tenga todavía la capacidad de hacer juicios cognitivos sobre su autoestima, autorreproches, culpa, etc, como lo manifiestan los niños mayores o adultos.

Diversos estudios experimentales muestran que la capacidad de un niño para reconocer y recordar a su madre se puede estar desarrollando semanas y probablemente meses antes de su capacidad para reconocer y recordar otro objeto u otra persona. La razón es que en parte la mamá tiene un significado emocional sobresaliente mayor que cualquier otra persona y en parte porque el bebé ha tenido más experiencias variadas en su interacción con ella a través de la vista, el oído, el olor y el tacto que con cualquier otra persona. Por otro lado, se ha observado que aproximadamente después de los 6 meses un bebé llora y protesta ante la separación de su mamá, por lo que se piensa que durante el tercer cuarto del primer año de vida un modelo representativo de su mamá es fácilmente accesible para el niño, y es capaz de reconocer a su madre, de darse cuenta de su ausencia y regreso, y de reconocerla como una persona independiente de él (Bowlby, 1980).

Con estos marcos de referencia, en el siguiente capítulo se hará una revisión de la depresión infantil.

CAPITULO III

LA DEPRESION INFANTIL

3.1 LA DEPRESION INFANTIL

Las referencias al contenido de lo que constituyen las depresiones infantiles son relativamente extensas y datan de hace muchos años. Evidentemente con el tiempo, se ha modificado la terminología y su propio concepto. Existen algunos textos clásicos que hacen referencia a la depresión infantil, que Polaino-Lorente y cols. (1988) sintetizan claramente. Probablemente el primer texto importante sobre el tema de la melancolía fue *La anatomía de la melancolía*, de Robert Burton, que data de 1621. El fue un clérigo melancólico, que describió de manera erudita y extensa su afección. El escrito contiene referencias a la infancia, ya que el autor valora las experiencias durante la etapa infantil y el tipo de educación recibida.

Por otra parte, George Baker en su libro *De affectibus animo et morbis inde oriundis*, en 1775, médico del rey Jorge III, se refiere a la envidia, como una de las causas de la melancolía (tristitia), que puede darse desde la más tierna edad. Considera que es posible ver enfermar y languidecer a un niño, más por influencia de las emociones que por una causa física. Insiste en que los niños no se encuentran libres de esta enfermedad. Estudia también la rivalidad fraterna, factor redescubierto como causa de enfermedad, en el siglo XX.

James Parkinson (1755-1824), publicó en 1807 sus *Observations on the excessive indulgence of children*, donde admite la existencia y aparición de una forma de melancolía posiblemente debida a pautas educativas inconsistentes, y menciona que las experiencias de felicidad o infelicidad dependen en gran parte del tratamiento recibido de los padres en la etapa infantil. Señaló que el temperamento de los niños se consolida durante las primeras etapas de la infancia.

Por su parte Wilhelm Griesinger, en 1845 afirma que buena parte de las enfermedades que se describen en el adulto, como la manía y la melancolía, se observan también en los niños. Hacia la mitad del siglo XIX aparecen los dos primeros textos monográficos que se conocen sobre psiquiatría infantil, las obras de Delasiauve y West. En *Lecons sur la manie infantile*, Delasiauve (1804 y 1893), psiquiatra, escribe sobre la manía infantil en 1855. Charles West, pediatra inglés, en 1848 dentro de un estudio muy amplio llamado *Lectures on disorders of Mind in Childhood*, escribió un capítulo llamado *Lectures on the diseases of infancy and childhood*, que se publicó hasta la tercera edición de 1854. En su 1er capítulo divide las alteraciones de la mente en la infancia en : terrores nocturnos, alteraciones de la mente e idiocia. En el 2do capítulo de su texto integra los trastornos de conducta y los problemas emocionales. Describe el caso de una niña con características de lo que hoy se conoce como cuadro depresivo.

A continuación se transcribe una historia clínica de un niño de dos años de edad, realizada por Descuret, doctor en Medicina y en Filosofía y Letras, publicada hace casi ciento cincuenta años, alrededor de 1857:

"Eugenio L., natural de París, fue enviado a una nodriza de las cercanías de Amiens, y devuelto a su familia a la edad de dos años. La fuerza de sus miembros, la fortaleza de sus carnes, el color de su tez, la viveza y jovialidad de su carácter, todo anunciaba en él un niño de complexión vigorosa y revelaba los buenos cuidados de que había sido objeto. Durante los quince días que la nodriza estuvo en la casa paterna, Eugenio siguió gozando de la más floreciente salud más apenas hubo partido aquella mujer, cuando el niño se puso pálido, triste y moroso; hacía insensible a las caricias de sus padres, y rehusaba los manjares que más le lisonjaban pocos días antes.

Admirados de tan súbito cambio, los padres de Eugenio mandaron llamar al doctor Hipólito Petit, quien reconociendo desde luego los primeros síntomas de nostalgia, recomendó frecuentes paseos y todas las distracciones infantiles que abundan en la capital. Estos medios, ordinariamente eficaces en casos tales, no sirvieron de nada, y el pobrecito enfermo, cuya demacración iba creciendo, pasaba horas enteras tristemente inmóvil, fijos los ojos en la puerta por la cual había visto salir a la que le sirviera de madre. Llamado de nuevo por la familia, el entendido práctico declaró que el único medio de salvar los días de aquella criatura era hacer volver inmediatamente a la nodriza, la cual se lo llevaría luego consigo. A su llegada, prorrumpió Eugenio en gritos de alborozolla melancolía impresa en su semblante cedió desde luego el puesto a la irradiación del éxtasis, y para servirme de las palabras de su padre, desde aquel momento empezó a revivir. Llevado la semana siguiente a Picardía, estuvo allí cerca de un año, disfrutando de la mejor salud. Cuando regresó a París, el doctor Petit hizo sucesivamente ausentar a la nodriza, primero algunas horas, después un día entero, y luego una semana, etc., hasta que el niño pudo habituarse a pasar sin ella. Esta táctica fue coronada por el éxito más feliz." (citado en Domenech, E. y Polaino, A, 1988)

Las depresiones infantiles no son sólo un fenómeno contemporáneo, sino que siempre han existido. Sin embargo todavía hace treinta años se debatía su existencia como un desorden diagnóstico en niños comparable a la depresión en adultos. Para 1972 Cytryn y Mknew (1996) propusieron una clasificación diagnóstica de la depresión infantil. En 1977 aparece un capítulo dedicado a la psicofarmacología de los trastornos afectivos de los niños en el libro *Psychopharmacology of Childhood and Adolescent Disorders*, editado por el Dr. Wiener. René Spitz, John Bowlby, y James Robertson, entre otros llevaban tiempo de identificar y reconocer la depresión infantil.

Pero fue hasta 1980, con la publicación del DSM-III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), que la depresión infantil fue descrita y establecida como una entidad diagnóstica oficial con signos y síntomas esencialmente similares a los de los adultos. (Wiener, J. en Cytryn, L y McKnew, D. 1996).

3.2 ¿COMO SE RECONOCE LA DEPRESION INFANTIL?

La depresión es un estado que es común para toda la humanidad. Está marcado por tristeza, un sentimiento de no valía, y una convicción de que nada que uno pueda hacer importa. Bajo muchas circunstancias la depresión puede ser apropiada, por ejemplo, cuando un ser amado muere o cuando se sufren otras pérdidas, reales o imaginadas. Si un amigo se cambia de pueblo, o si un niño se cambia de vecindad o escuela, todo eso y otras circunstancias dan tristeza y dejan sentimientos de depresión por días o semanas.

Todos hemos experimentado un tipo de depresión parecido. Sin embargo eso no significa depresión clínica. Hay un punto en el que una respuesta a una pérdida o a un factor estresante deja de ser apropiada y se convierte en un tipo de enfermedad mental (Cytryn y McKnew, 1996).

Hacer un diagnóstico del síndrome depresivo es mucho más difícil en la infancia que en la edad adulta. Los niños tienen mayor dificultad en describir sus síntomas. Varios estudios sobre la frecuencia de la depresión infantil han dado cifras muy discrepantes. Los niños a menudo no muestran tan abiertamente su depresión como los adultos, en algunos casos no tienen la posibilidad de expresar verbalmente su estado de ánimo y no saben que están deprimidos.

Cytryn y McKnew, (1996) han visto que la depresión infantil se manifiesta en diferentes formas. Una, es en el nivel más profundo, que es inconsciente porque el niño no se da cuenta de lo que le pasa o lo que motiva su comportamiento. Su depresión se puede manifestar en sueños, o la forma en que reacciona a una película, un libro, un cuento, etc. Incluso se manifiestan por medio de tests proyectivos, como en los que tienen que contar historias se revelan sus preocupaciones y dudas, incluyendo temas como maltrato, críticas, abandono, muerte, suicidio, tristeza, etc.

Otra forma en que se manifiesta un proceso depresivo puede ser mediante la expresión verbal. El niño literalmente rebela que se siente triste, desesperanzado, indefenso, devaluado, no atractivo, no amado, culpable y puede manifestar ideas suicidas, y no tener ganas de levantarse de la cama o de hacer nada.

También puede manifestarse a través del estado de ánimo y el comportamiento. No necesitan hablar, un observador puede ver que algo está mal con el niño, pues existen signos de tristeza en su expresión facial y postura, llanto, lentitud en sus movimientos, reacciones emocionales, trastornos de apetito y sueño, fracaso en la escuela, quejas físicas sin causa aparente y algunas veces irritabilidad.

Consultando la literatura sobre el tema, Cantwell y Carlson (1987) encontraron que se distinguen cuatro corrientes de pensamiento con puntos de vista distintos acerca del cuadro clínico del síndrome depresivo en la infancia:

1. Los autores de orientación psicoanalítica ortodoxa, que consideran que el clásico síndrome depresivo clínico, análogo al que presentan los adultos, no puede aparecer en la infancia debido a que el super yo no se ha desarrollado adecuadamente ni se ha internalizado antes de alcanzar la preadolescencia. Se piensa que, dado que el niño no tiene un super yo lo suficientemente desarrollado como para dirigir la agresividad contra su propio yo, la depresión era imposible. Otros consideran que en la infancia se presentan síntomas transitorios de depresión infantil, a distintas edades sin que esto indique un síndrome.
2. Los que consideran que la depresión infantil sí existe y se manifiesta como una serie de síntomas únicos que no son necesariamente los indicadores de la depresión adulta. Para ellos, entre los que se encuentran Kovacs y Beck (citados por Cantwell y Carlson, 1987), el cuadro clínico de la depresión infantil, además de los indicadores de depresión adulta como disforia, anhedonia y síntomas vegetativos se compone de una serie de características y síntomas únicos y peculiares en cuanto al estado de ánimo, aspectos cognitivos, psicomotores y neurovegetativos.

En el DSM-III finalmente, y después de muchos debates y discusiones, se tomó la decisión de no incluir una categoría diagnóstica y con criterios distintos para la depresión infantil. Se consideró que las características fundamentales de un episodio depresivo mayor eran las mismas durante la infancia, la niñez, la adolescencia y la vida adulta. Al mismo tiempo en el manual se señala para niños y adolescentes, síntomas y fenómenos asociados, diferentes y específicos para cada edad y nivel del desarrollo. Sin embargo, no forman parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión. Es importante señalar que otros trastornos pueden presentarse en forma aislada o junto a un trastorno depresivo.

3. Un tercer punto de vista lo dan los que se pronuncian a favor de la depresión enmascarada, que se puede expresar en problemas de conductas de acting-out, a través de actos antisociales como robar, prender fuegos, usar drogas, irse de casa y golpear gente. Ellos consideran que las características fundamentales del cuadro clínico de un trastorno depresivo mayor aparecen en los niños de una forma distinta a la de los adultos. Postulan que la presencia de conductas observables y manifiestas como trastornos de conducta, hiperactividad, enuresis, trastornos del aprendizaje y quejas somáticas son atribuibles a un trastorno depresivo subyacente. Kovacs y Beck, así como Cantwell y Carlson (1987), consideran que este término es engañoso e innecesario, ya que los síntomas llamados enmascarados no enmascaran a un síndrome depresivo.
4. Un cuarto punto de vista lo aportan los que consideran que es posible encontrar similitudes y analogías entre el cuadro clínico de la depresión

infantil y la adulta, como Cantwell y Carlson (1987) así como Cytryn y Mcknew (1996).

Por otro lado, Calderón (1999) define la existencia de dos escuelas de pensamiento en la actualidad:

1. Una es la de los psiquiatras infantiles que buscan los síntomas clásicos postulados por Kraepelin (ideas delirantes de culpa, estados depresivos alternando con episodios de manía, tendencias suicidas e inhibiciones dolorosas).
2. La otra es la de los paidopsiquiatras más jóvenes, que amplían el concepto de depresión, consideran que los síntomas se pueden manifestar de diversas formas como cansancio, mal rendimiento en la escuela, llanto, ansiedad, tendencia a pelear, irritabilidad y cambios episódicos de la personalidad, que no pueden atribuirse a factores situacionales, psicológicos o fisiopatológicos, son más frecuentes que los trastornos depresivos del humor, y además pueden manifestarse por medio de equivalentes psíquicos como caprichos, descontento y falta de energía.

En resumen, entre los **síntomas** que se han considerado como integrantes del cuadro depresivo en niños, pueden señalarse fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitud taciturna, trastornos de sueño y pesadillas, y no pocas veces quejas hipocondriacas como dolores abdominales, cefaleas y dolor de garganta, tristeza, pérdida de contacto con otros niños de su edad (Calderón, 1999). Además se ha señalado que los pacientes adultos con depresión endógena, en su infancia o adolescencia habían tenido que permanecer en casa por dolores de garganta, de estómago o por otro tipo de somatizaciones.

Por otra parte, Domenech y Polaino (1988) opinan que los síntomas varían según la edad del niño quien, como no ha adquirido aún un grado suficientemente desarrollado en el lenguaje, ni tiene suficientemente desarrollada su capacidad de introspección, no puede explicar lo que siente tan fácilmente como un adulto. Resaltan que la acción sustituye fácilmente al pensamiento en estas edades, por lo que quizás sería mejor la observación. Pero ésta puede no discriminar las formas clínicas depresivas inhibidas y agitadas. La segundas, son difíciles para diagnosticar, puesto que la hiperactividad y agresividad, asociadas con la depresión pueden estar también condicionadas por la ansiedad (asociada o no a la depresión), por la hiperactividad, o por un déficit en el autocontrol del comportamiento motor del niño. Existe una polémica entre sintomatología y estructura del desarrollo.

Por estas razones la escuela francesa ha optado por adscribir las depresiones infantiles a una de las tres muy discutibles formas clínicas siguientes:

1. *Depresiones somatógenas*: sus manifestaciones depresivas se asocian a otros cuadros clínicos, especialmente de enfermedades crónicas, tumores cerebrales, traumatismos craneo-encefálicos, enfermedades hereditarias, etc.
2. *Depresiones exógenas o psicógenas*: la sintomatología depresiva se vincula a conflictos neuróticos, problemas de desajuste, conductas desadaptativas, dificultades escolares y todas aquellas reacciones más o menos patológicas, relacionadas con carga cognitiva, a veces también patógena del ambiente.
3. *Depresiones endógenas*: se incluyen aquí pacientes borderline, pacientes límite, en cuya sintomatología pueden encontrarse manifestaciones que son propias de las psicosis infantiles y de la enfermedad maniaca o hipomaníaca, entidades clínicas bien diferenciadas del síndrome depresivo.

3.3 CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION INFANTIL

Tal como se menciona al principio de este apartado, el **Cuestionario de Depresión Infantil** (CDI) utilizado en esta investigación utiliza como criterios diagnósticos el **episodio depresivo mayor y el trastorno distímico**, del DSM-III. (Kavan, 1992) . Ya que la versión actualizada es el DSM-IV (1995), la descripción del cuadro clínico de los dos trastornos mencionados se obtuvo de este último.

Como ya se mencionó anteriormente, en el DSM-III se tomó la decisión de no incluir una categoría diagnóstica y con criterios clínicos distintos para la depresión infantil. Se consideró que las características fundamentales de un episodio depresivo mayor eran las mismas durante la infancia, la niñez , la adolescencia y la vida adulta.

Al mismo tiempo se opinó que existen ciertas características específicas de cada edad descritas para distintas edades y niveles de desarrollo, que no forman parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión. Se afirma, por ejemplo que la ansiedad por separación es un fenómeno acompañante característico de los niños antes de la pubertad. En los varones, antes de la pubertad es frecuente que la conducta antisocial, el mal humor, el enfurruñamiento, el retraimiento social y las dificultades en el área escolar aparezcan acompañando a los síntomas característicos y centrales del síndrome depresivo.

También se han observado relaciones entre éste síndrome y el trastorno de ansiedad por separación, la anorexia nerviosa, los trastornos de conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estos trastornos pueden presentarse de forma aislada o junto a un trastorno depresivo.

Los indicadores de enfermedad depresiva, como son listados en el DSM-IV (1995) incluyen: infelicidad, tristeza, desesperanza, pérdida de apetito, desórdenes en el sueño, enlentecimiento de movimientos o agitación, pérdida de placer, pérdida de energía, baja autoestima, concentración disminuida y pensamientos o acciones suicidas. No necesitan estar presentes todos los síntomas, pero sí al menos cinco de

estos para el episodio depresivo mayor. Además, un niño deprimido generalmente muestra dificultades en su comportamiento en la escuela. Otros signos son sentimientos de culpa, pérdida de interés en la vida, quejas sobre enfermedad física, ansiedad al separarse de una persona amada, cosa o lugar, soledad, inquietud, mal humor, irritabilidad y sentimientos de indefensión. (Cytryn y Mc Knew, 1996)

El trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico están clasificados en el DSM-IV (1995) dentro de los trastornos del estado de ánimo. Este marca como **criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor** los siguientes:

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser : 1) estado de ánimo deprimido ó 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota:(No incluye los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día, (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida significativa de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ej. un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (Observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo después de la pérdida de un ser querido) , los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Con respecto a la edad y el sexo, el DSM- IV(1995) señala lo siguiente:

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario.

En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor los días antes del inicio de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

En los niños en edad prepuberal con un episodio depresivo mayor, son particularmente frecuentes las quejas somáticas, la agitación psicomotora y las alucinaciones congruentes con el estado de ánimo (generalmente una sola vez se le habla al niño).

En los niños con un episodio depresivo mayor son habituales los trastornos por ansiedad en la infancia (trastorno por angustia de separación, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno por evitación en la infancia o adolescencia) y las fobias.

En los adolescentes puede aparecer una conducta negativista o claramente antisocial y la toma de alcohol o drogas ilegales, provocando un diagnóstico adicional de negativismo desafiante, trastorno de conducta o por dependencia o abuso de sustancias psicoactivas. Son comunes los deseos de marcharse de casa, el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, mal humor y agresividad. Son frecuentes el resentimiento, la desgana en cooperar en las cuestiones familiares y el retraimiento de las actividades sociales con reclusión en la propia habitación. Son probables las dificultades escolares. Puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de la emociabilidad con especial sensibilidad al rechazo en las relaciones amorosas.

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio unos días antes del inicio de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

Características diagnósticas del trastorno depresivo mayor:

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Por otro lado, los criterios del otro trastorno del estado de ánimo, que es el "trastorno distímico" (DSM-IV, 1995) son:

- A. Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. Hacemos notar que en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser al menos de un año.

- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas:
 - 1. pérdida o aumento de apetito
 - 2. insomnio o hipersomnia
 - 3. falta de energía o fatiga
 - 4. baja autoestima
 - 5. dificultades para concentrarse o tomar decisiones
 - 6. sentimientos de desesperanza

- C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración (un año para niños y adolescentes); por ej. la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber habido un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico.
- G. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica.
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Síntomas dependientes de la edad y sexo:

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social.

En general los niños con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar trastorno distímico.

3.4 ETIOLOGIA DE LA DEPRESION INFANTIL

Como se ha dicho anteriormente, todos los trastornos psiquiátricos probablemente presentan una etiología multifactorial y por lo tanto, la depresión también. En el capítulo II se han mencionado los distintos modelos propuestos sobre las causas de la depresión en adultos.

Cantwell y Carlson (1987) presentan una visión general de cuatro áreas que posiblemente podrían considerarse etiológicas en la depresión infantil y ninguna de las cuales es mutuamente excluyente: Los factores neuroendócrinos, los factores bioquímicos, los factores familiares y los genéticos. Los trastornos afectivos de los

padres, por otro lado, pueden desde un punto de vista interactivo, influir en la depresión infantil.

En este trabajo se considera especialmente la depresión de los niños internos que corresponde a las depresiones exógenas o psicógenas, mencionadas anteriormente, es decir, a causas familiares, ambientales, sin excluir la posibilidad de la existencia de otros factores en cada caso en particular.

A continuación se revisarán algunos conceptos importantes que se han considerado a partir de estudios y observaciones y que han dado luz al entendimiento de las depresiones infantiles.

3.4.1 El concepto de apego y la teoría del vínculo

Existe en el ser humano una tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con determinados individuos como un componente básico de su naturaleza. Este componente, aunque cambia en su forma de manifestarse y adquiere una característica de interdependencia en la adultez, a diferencia de una característica de dependencia en el niño, está presente en el recién nacido y prosigue a lo largo de la vida adulta hasta la vejez.

Desde el principio del primer año de vida y especialmente alrededor de los doce meses de edad, los niños establecen una relación especial con algunas personas, que generalmente es el grupo de personas que los cuidan, los alimentan, que les hablan, juegan con ellos, los acarician, los mecen, y que en general están presentes, son predecibles y responden a las necesidades de ellos. A esta relación algunos le han llamado "apego", otros "vínculo".

El apego se refiere a una relación duradera entre la persona que cuida a un niño, generalmente la madre, y éste, en la que quien atiende al niño es preferido sobre los demás, se busca el contacto con él y sirve como base segura para la exploración (Mussen, citado en Monroy y Moreno, 1994)

Bowlby define las **conductas de apego** como la búsqueda de la proximidad del bebé con la madre o figura sustituta, es decir, quien regularmente lo alimenta y cuida, se refiere a una conducta correspondiente a engramas hereditarios al servicio de la supervivencia (citado por Lartigue y Vives, 1992).

Las conductas de apego son comúnmente cualquier forma de comportamiento en una persona para lograr o conservar proximidad y/o comunicación con un individuo diferenciado y preferido, que es la figura de apego. La meta de estas conductas es mantener el lazo afectivo con esa persona.

Estas conductas se dan especialmente cuando el individuo se encuentra bajo estrés, es decir, cuando está enfermo, tiene hambre, se encuentra en una situación

de peligro, ante extraños, o falta de disponibilidad o de responsividad por parte de su figura de apego (Bowlby, 1973).

Bowlby (1973) piensa que durante el curso de un desarrollo sano, las conductas de apego llevan al desarrollo de lazos o apegos afectivos, inicialmente entre el niño y sus padres, y más tarde entre adulto y adulto. Estas formas de conducta y lazos estarán presentes y activas durante todo el ciclo de la vida. Pero la forma en que estas conductas de apego se desarrollarán y organizarán con otras personas a lo largo de la vida, va a depender principalmente de las experiencias que la persona tuvo con sus figuras de apego durante sus años de inmadurez: desde el nacimiento, la niñez y la adolescencia. La manera en que las conductas de apego en un individuo se organizan dentro de su personalidad se convierte en el patrón de lazos afectivos que hace durante su vida.

Para Bowlby (1973) la calidad de los lazos de apego, varía en una dimensión de seguridad-inseguridad. Aquellos bebés que desarrollan seguridad en sus cuidadores, basada en sus experiencias de presencia, sensibilidad, ayuda, cuidado por parte de ellos, forman hacia ellos un **apego seguro**. Estos niños están seguros de que recibirán pronta atención y cuidado ante las señales que mandan, pues las madres de estos niños responden positiva, sensitiva y armónicamente. Pero si la experiencia de este cuidado es inconsistente o esporádica, poco sensible, puede desarrollar un **apego inseguro o ansioso**, lo cual traerá problemas de personalidad en la vida adulta. Sólo cuando una figura de apego es accesible y potencialmente responsiva a las necesidades de un niño, se puede decir que es alguien realmente disponible, hacia la cual el niño desarrollará un **apego seguro**.

Aunque en la literatura los términos "apego" y vínculo" se utilizan como sinónimos, Lartigue y Vives (1992) señalan la diferencia entre ellos. El primero se refiere a una necesidad biológica, el último a la ligadura específicamente humana con el objeto y con elementos simbólicos, y tiene su fundamento biológico en la conducta de apego. El vínculo se relaciona con una necesidad psicológica. En los libros de Bowlby se tradujo *attachment* por vínculo, cuando lo descrito es apego.

Por lo tanto, aplicado a la conducta humana, el apego también es considerado como un catalizador psicológico para la confianza del bebé en sus cuidadores y en la forma en que entiende su propio self (Thompson, 1991).

Este punto de vista considera al desarrollo psicosocial como una continuidad de la adaptación, en la que del apego seguro en la infancia, depende el éxito del funcionamiento psicosocial en los años posteriores y en los conceptos del *self* como querido y de los otros como series confiables.

Un niño que se siente querido, cuidado y escuchado en sus necesidades por unos padres presentes y responsivos, se desarrolla con confianza en sí mismo, en sus padres y su ambiente, es un niño agradecido y contento, obedece más fácilmente a

sus padres, y aprende a comunicarse fácilmente con ellos y con otras personas, ya que se siente escuchado y contento.

Investigadores actuales, entre ellos Lamb et al. (citados por Thompson, 1991) han medido el funcionamiento de aspectos cognitivos, sociales y de personalidad en niños pequeños. Han encontrado que los niños con un apego seguro son más sociables con gente extraña, más cooperadores con sus padres, muestran mayor competencia exploratoria, e incluso en años posteriores mantienen relaciones más positivas con sus compañeros y un satisfactorio rendimiento escolar, a comparación con los niños con apego inseguro, tanto en el momento de la investigación como en los seguimientos.

La teoría del vínculo señala la importancia del cuidado parental para el desarrollo psicológico temprano. El vínculo puede ser definido como un lazo emocional duradero que une a una persona con otra (Thompson, 1991).

Si bien los autores del desarrollo enfatizan la importancia de la calidad del vínculo madre-hijo en los primeros años de vida hasta que se haya logrado la etapa de la constancia objetal, que permite el mantenimiento de una imagen interna y positiva del objeto, como lo señala Anna Freud (1971), que se da aproximadamente a los tres años de edad, también durante todo su desarrollo, un niño necesita calidad en sus relaciones con las diferentes personas que están presentes en sus vidas.

A este respecto Michaca (1986), señala que la necesidad de apoyo al yo permanece en el niño en desarrollo, en el adolescente y en ocasiones en el adulto, sobre todo cada vez que se presente una tensión que amenace confusión o desintegración. Otras investigaciones encontraron que el cuidado temprano no es la única influencia importante para un apego seguro. Durante la niñez, el involucramiento del padre, la satisfacción de la relación marital entre los padres, las condiciones socioeconómicas en la familia, el temperamento del niño, cambios de las figuras que cuidan al niño, etc, son factores relevantes (Thompson, 1991).

Con este marco de referencia, en los siguientes apartados se señalará cómo los efectos de las pérdidas y/o separaciones así como los estados de estrés y ansiedad a los que éstas llevan pueden ser concebidos.

3.4.2 Los conceptos de depresión anaclítica y hospitalismo

Son ya bien conocidos los cuadros patológicos descritos por Spitz (1990) como depresión anaclítica y hospitalismo. Estos cuadros patológicos son descritos por Spitz (1990) a partir de sus investigaciones realizadas con infantes, durante el primer año de vida, en una Casa-cuna. Así, encontró que en los niños que habían tenido una relación buena y normal anterior con su madre o sustituto pero que habían sufrido una privación parcial no mayor de tres meses, presentaban al principio lloriqueo y tendencia a asirse a un adulto; más tarde el lloriqueo cambiaba a gemidos, algunos perdían peso, tenían insomnio; para el tercer mes,

mostraban retraimiento, estaban postrados en sus camitas, y se negaban al contacto, algunos comenzaban a ser susceptibles a resfriados. Mostraban un retraso en el crecimiento de la personalidad y luego un descenso gradual a comportamientos anteriores que ya superaban. También demostraban problemas en el desarrollo motor, y presentaban una rigidez facial, es decir, no sonreían ni seguían con su vista objetos en movimiento. Spitz llamó a este cuadro clínico “**depresión anaclítica**”. Estos daños podían ser reversibles si se les proporcionaba un sustituto aceptable.

Si la privación continuaba, sus síntomas de la depresión empeoraban, y si excedía de cinco meses, aparecía un nuevo cuadro clínico llamado “**hospitalismo**”, en el que incrementaban todos los síntomas; el que el retraso motor se hacía evidente por completo, los niños se tornaban pasivos, yacían boca arriba en sus camitas; no lograban alcanzar la etapa del control motriz para darse vuelta; el rostro era inexpresivo, la coordinación ocular era defectuosa, la expresión, muchas veces, de imbecilidad. Si reaparecía la movilidad, tomaba la forma de cabeceos espasmódicos o movimientos digitales extraños. Aumentaba la propensión a las infecciones que llevaba a un porcentaje elevado de casos de enfermedades y muerte.

Para Spitz (1990), los cuidados de la madre proporcionan al bebé la oportunidad para actos afectivos significativos en el marco de las relaciones de objeto. Spitz considera que los síntomas del síndrome del hospitalismo se producen por un factor de tensión provocado por la privación emocional.

3.4.3 Los conceptos de separación, privación y pérdida

La privación y separación de los seres queridos en un niño en desarrollo, puede ocasionarle experiencias traumáticas relacionadas con estrés y ansiedad. Esto repercute, dependiendo de la forma en que es vivida la experiencia y de la manera en que los adultos cercanos procuren un apoyo reconfortante al niño o por el contrario, no tengan la sensibilidad para atender y escuchar lo que necesita, en su desarrollo físico, psicológico, social.

Se entiende por **privación** materna a la falta de un adecuado cuidado físico, y de un intercambio y estimulación social y emocional por parte de la figura matema. Los niños que viven temporal o prolongadamente en instituciones ya sea por enfermedad de ellos o de los padres o por otras causas; aquellos niños que tienen diferentes personas a su cargo soportando múltiples separaciones; niños descuidados o maltratados por sus familias que no viven una crianza positiva y nutritiva sino hostil e insensible por parte de sus padres, sufren deprivación (Provence, 1991).

Gran parte de los trastornos emocionales y de conducta tienen su origen en la falla o ruptura de la relación entre el niño y las figuras paternaes, es por ello que Bowlby centró su interés en las consecuencias de la ruptura del vínculo establecido entre el niño y su madre (Monroy y Moreno, 1994). Bowlby, al igual que muchos otros

clínicos se ocupó de la intensa aflicción y el trastorno emocional que se origina debido a la experiencia de la pérdida de la persona amada y consideró que esta pérdida constituye una de las experiencias más penosas.

Para Bowlby (1973), las palabras **separación** y **pérdida** implican que la figura de apego de un sujeto se encuentra inaccesible, ya sea temporalmente (separación) o permanentemente (pérdida). La **ansiedad** es una respuesta al peligro de la pérdida de un objeto amado y el **dolor o tristeza** es la respuesta a la pérdida real. Ya que el miedo a estar solo implica peligro, especialmente para los individuos más jóvenes o débiles, la respuesta de miedo a la inaccesibilidad de la madre puede ser considerada como una respuesta adaptativa, que durante el curso de la evolución se ha venido haciendo una parte intrínseca del repertorio de conductas del hombre, para la supervivencia de la especie. Esta ansiedad, que funciona como una señal de alarma, se manifiesta cuando la separación o pérdida es inminente. Esta señal es una respuesta fisiológica, ya que la figura de apego es una fuente generadora de afecto y protección.

Lo anterior se relaciona con este trabajo en que el estrés ante una separación de un ser querido es intensificado cuando el niño es colocado en un lugar extraño y cuidado por una sucesión de múltiples personas. Entonces se ponen en marcha ciertas defensas para aminorar el dolor.

Provence (1991) es uno de los investigadores actuales que concuerdan con la clásica descripción de Bowlby (1973) sobre las reacciones de niños entre 6 meses y 3 años de edad, ante los sentimientos de dolor y duelo relacionados con la ansiedad de separación de la figura matante, que como ya se ha mencionado es la persona a quien un niño dirige su conducta de apego por preferencia:

Bowlby (1973) propuso tres fases: La primera es una fase **protesta**, grito y lloriqueo en la que el niño espera y busca por todos los medios posibles recuperar a su madre. En la segunda el niño muestra **desesperanza** por recuperar a su madre, pero sin embargo sigue preocupado por ella y vigila su regreso aunque con un agudo dolor, disminuyendo el interés por el medio y por otros cuidadores sustitutos. Más tarde, en la fase de **desapego**, el niño muestra haber perdido interés en su madre y se muestra emocionalmente desapegado de ella o indiferente. El niño muestra un interés renovado por el ambiente y puede ser amigable con otros, pero cuando la madre reaparece, la ignora y se aleja; Bowlby sugiere que esto es una función defensiva.

Sin embargo, si el periodo de separación no es muy prolongado, un niño no permanece desapegado indefinidamente, tarde o temprano después de haberse reunido con su madre su apego vuelve a emerger. Pero entonces el niño por muchos días, semanas y a veces más tiempo, insiste en permanecer cerca de ella. Si él sospecha que la volverá a perder, muestra mucha ansiedad. Así, para Bowlby, la fase de protesta se relaciona con la ansiedad de separación propuesta

por Freud, la de desesperanza con el duelo y la tristeza, y el desapego con la defensa como fases de un proceso de duelo por una pérdida.

Bowlby observó que ante una separación, si el niño encuentra una figura maternante particular con quien relacionarse, que lo cuida y lo ama, él la tomará y tratará como a una madre. Pero si por el contrario, el niño no encuentra una figura nueva de apego sino una sucesión de personas con quienes hace breves apegos, se vuelve egocéntrico y tiende a hacer relaciones transitorias y superficiales. Esta condición marcará patología en su desarrollo si se convierte en un patrón establecido (Bowlby, 1980).

Durante toda la vida los seres sufren separaciones y pérdidas, ya sea de personas, animales, etapas, lugares, etc., que se elaboran y superan normalmente mediante el proceso de duelo. Un niño necesita separarse de su madre para relacionarse con otros, para poder asistir al jardín de niños y continuar ahí sus relaciones sociales, y su desarrollo afectivo e intelectual.

En la niñez algunas separaciones pueden facilitar el crecimiento psicológico y la organización de la personalidad movilizando nuevas oportunidades para aprender y adaptarse (Provence, 1991). Pero aquellas separaciones que son tempranas, continuas, permanentes, que implican la sensación de pérdida de personas amadas, precipitan estados de confusión, coraje, ansiedad que son dolorosas y traumáticas y que pueden afectar al desarrollo de la personalidad y forma de relacionarse con los demás.

Dependiendo del grado del estrés psicológico y psicobiológico de estas experiencias, el niño responderá con mecanismos adaptativos y defensivos con varios grados de efectividad, y sentimientos de triunfo o impotencia (Provence, 1991).

Mientras las separaciones se den a más temprana edad, un niño desarrollará entonces menos recursos para enfrentarse a la vida y afectará al desarrollo de su toda su personalidad. Así Provence señala que la progresión desde los procesos sensoriomotores hasta la organización de representaciones internas del self y de objetos humanos y otras elaboraciones simbólicas mentales también son sensibles a la privación y a múltiples cambios en la continuidad de un cuidado adecuado así como el lenguaje verbal y no verbal.

Los efectos de la privación y separaciones traumáticas son serias: retardos, síndromes o desórdenes.

A continuación se describen las consecuencias más importantes que los investigadores han reportado ante la privación y separación (Provence, 1991):

1. Retraso en el desarrollo motor, de lenguaje, intelectual, social, emocional y en el comportamiento adaptativo.
2. Vínculo afectivo o apego inseguro

3. Retraso en el logro de la constancia de objeto e inestabilidad: La constancia objetal se logra alrededor de los tres años, y si fracasa, habrá trastornos en el desarrollo de un sentido del self y del proceso de separación-individuación, no se sienten queridos ni valiosos. Estos niños tienen dificultades en la diferenciación, autoestima, en la manera de adaptarse a la escuela, y a los problemas; interactúan con inseguridad ante sus compañeros y con insatisfacción, tienen dificultad para disfrutar sus experiencias, son propensos a estar deprimidos, a tener conductas agresivas. Excesivas demandas y protestas, ambivalencia, indiferencia y desapego hacia los padres, suelen ocurrir.
4. Disfunciones en la regulación del afecto: La capacidad para reconocer el placer y la alegría o sus opuestos en él y en otros, y de tolerarlos, se ve alterada. Los niños presentan afectos pobremente regulados, problemas para relacionarse, excesiva ansiedad, oscilaciones drásticas en conductas expresivas y estado de ánimo, conflictos con padres, estallidos de rabia, excitación que produce mareos, acciones impulsivas, conductas de pánico y excesivas quejas, depresión, apatía, reacciones bruscas de afecto.
5. Falla para crecer ("failure to thrive") y desórdenes en hábitos alimenticios: El término "failure to thrive" se refiere a un síndrome en el que hay un déficit severo para ganar peso en ausencia de enfermedad física, y se asocia con ambientes institucionales. Trastornos alimenticios desde anorexia hasta apetito insaciable, desde malnutrición hasta obesidad se encuentran en ambientes con niños privados y separados. Esto puede deberse a causas como que no tienen las calorías que necesita su crecimiento, o que son alimentados de acuerdo a horarios de la institución y de los cuidadores y no a los de los niños, no tienen una relación estimulante de un cuidador que los alimente y les de cariño, etc. La falta de apetito es un síntoma encontrado en personas deprimidas.
6. Trastornos psiquiátricos: Generalmente los niños se deprimen y desarrollan síntomas psíquicos y somáticos, y problemas de conducta. Los más comunes son trastornos del afecto; trastornos de ansiedad (en los que los niños muestran excesivos niveles de ansiedad y miedo, excesiva ansiedad ante la separación o ante extraños, pánico sin causas precipitantes, ausencia de miedo o ansiedad esperada); trastornos del estado de ánimo (aflicción y tristeza excesivas y prolongadas que intervienen en su desarrollo normal, poco interés en actividades propias de los niños de su edad, repertorio muy pobre de interacciones sociales e iniciativa); trastornos en el desarrollo social, en la comunicación; trastornos de trauma psíquico, etc.
7. Problemas en la reciprocidad y ajuste mutuo con los padres.

Los efectos de la privación y de la separación se reflejan también en etapas posteriores de desarrollo.

Algunos otros autores mencionan otras conductas causadas por estrés persistente como robar, presentar enuresis o encopresis, morderse las uñas, tener trastornos de sueño, timidez, irritabilidad, terrores nocturnos, fobias en la edad preescolar y muchos rituales obsesivos durante la latencia. James describe cómo es distinta la experiencia vivida según el período de desarrollo (psicosexual, psicosocial y psicocognitivo) señalando que a los tres meses, aparentemente pasa desapercibida; a los siete se muestra una marcada ansiedad de separación; a los 18 meses muestran protestas, desesperación y resignación finalmente; a los cuatro o cinco años, su tristeza es muy aparente, siente culpa y atribuye la separación a su mala conducta; hacia los siete u ocho años puede no mostrar reacción emocional pero su trabajo en la escuela empieza a bajar (citado en Rangel, 1995).

Selosse (citado por García, 1986) encontró en sus investigaciones que puede existir una identificación negativa en los diversos grupos de interacción del niño, y que situaciones de abandono, aislamiento y percepción de rechazo en la infancia, mantienen constante su influencia negativa durante la edad adulta. Narcisismo, ansiedad y fatalismo, juegan un rol en el desarrollo del autoconcepto negativo.

Por otra parte, la experiencia clínica sugiere que las situaciones de separación y pérdida pueden generar no sólo **ansiedad** sino **coraje** hacia la figura de apego. En los niños internos se observan muchas conductas agresivas hacia sus compañeros y maestros, entre otras características como enuresis, morderse las uñas, falta de concentración, aislamiento, etc.

Para Bowlby (1980), la ansiedad y coraje pueden estar al servicio de la relación, ya que quizás el coraje implique reproches y castigos para asegurar el reencuentro y para evitar una nueva posible separación. Pero si las separaciones superan el umbral de intensidad se pueden convertir en disfuncionales. Las separaciones, especialmente cuando son prolongadas o repetidas, tienen doble efecto el coraje es activado con un resentimiento que crece y el amor hacia el ser querido es atenuado.

En estos casos donde se observan conductas agresivas o antisociales, generalmente desplazadas hacia otra persona o situación, pero que en realidad el odio es sentido hacia la figura de apego, generalmente los padres. Este mismo desplazamiento se puede observar con la ansiedad de separación, en que los niños empiezan a tener miedos a otras cosas.

Los lazos de apego que los niños puedan hacer con sus figuras paternas son relevantes para toda su vida, ya que las diferentes experiencias que una persona tiene, en especial durante su infancia, afectan sus expectativas de encontrar o no más adelante una base personal segura, así como el grado de capacidad que posea para iniciar y mantener una relación mutuamente gratificante. Para Bowlby

(1980) el patrón de respuestas hacia otras figuras de apego en el futuro puede estar distorsionada y enmarañada con las experiencias vividas en el pasado y envuelta de sentimientos de hostilidad y coraje (originalmente hacia la persona amada) reprimidos y/o redirigidos hacia otro lado como las nuevas figuras de apego.

Se ha visto que trastornos de la personalidad resultan de experiencias adversas de la niñez, relaciones poco continuas y predecibles, y ciertos modos en que las figuras parentales respondían o fallaban en sus respuestas hacia su deseo de ser amados y cuidados. Algunos padres amenazaban con dejarlos de querer si no hacían lo que ellos decían, o con mandarlos a vivir a otro lado, decían que por su culpa se iban a enfermar, morir o suicidar. Generalmente estas personas desarrollaron de niños apegos inseguros, y/o ambivalentes, o por el contrario, una tendencia a ser autosuficientes y desapegados con incapacidad de tener relaciones cercanas.

En conclusión, cuando un niño tiene **separaciones continuas** de sus figuras de apego, desarrollará hacia ellas un tipo de apego inseguro o ansioso, es decir, vivirá con el miedo de perderlas. Algunos signos de este tipo de relación son: aferramiento, excesiva dependencia, ansiedad, problemas de sueño, morderse las uñas, posesividad, no querer separarse de las figuras de apego, etc. Y tenderá a utilizar este patrón de conductas de apego con las personas significativas a lo largo de su vida. Por eso, mientras más continua, estable, predecible y responsiva es una relación con una figura de apego sobre todo en los primeros cinco años de vida, pero en general durante toda la infancia y adolescencia, más seguro su vínculo de apego será, sentirá confianza porque se sentirá querido, capaz de amar, y aprenderá a confiar en el mundo.

Para Polaino-Lorente y cols (1988) la ansiedad de separación puede estar asociada a la depresión infantil, independientemente de que genere otras alteraciones comportamentales. Citan a Seller y cols, que en 1985 han estudiado una muestra de 59 niños de 5 a 12 años diagnosticados de depresión mayor. Encontraron que la presencia de ansiedad resultó correlacionar negativamente con la edad y positivamente con el diagnóstico de depresión mayor.

3.4.4 El proceso de duelo ante una separación o pérdida

Vale la pena recordar que las separaciones y pérdidas están relacionadas con el proceso de duelo que cada individuo tenga. Bowlby (1980) entiende al término **duelo** en un sentido amplio, como la variedad de reacciones que tiene una persona ante una pérdida, y puede tener un resultado patológico o sano. El duelo es usado para denotar un conjunto de procesos psicológicos ocasionados por la pérdida de una persona amada. Un duelo sano, según la definición de Ana Freud, citada por Bowlby (1980) es el esfuerzo exitoso de un individuo de aceptar que ha ocurrido un cambio en su mundo externo y que necesita hacer cambios correspondientes en su mundo interno representativo como reorganizar y reorientar tal vez, su conducta de apego en conformidad.

Así, para Bowlby el duelo es considerado como sano cuando el dolor, va mitigándose hasta superarse y el individuo puede preparar el camino para una relación con otra persona. Sin embargo el modo en que la persona concibe este cambio depende de su manera de concebir los vínculos afectivos, es decir, de la manera en que aprendió a vincularse con sus padres.

Para Bowlby las respuestas de niños pequeños ante la pérdida de su madre son similares a las de los adultos que han tenido una pérdida. En los bebés y niños pequeños las experiencias de pérdida parecen más frecuentemente tomar formas que llevan a un resultado psicológico adverso. Sin embargo el rumbo del desarrollo que las pérdidas originan, depende de variantes del proceso de duelo principalmente como tener a otra persona que le dé consuelo y confianza para platicar sobre la pérdida, o el apoyo que otras personas aporten durante la separación o ante la pérdida del ser querido. Si estos no tuvieron la oportunidad de renovar una relación de apego con una figura sustituta estable y amorosa mientras duraba la separación o a partir de la pérdida, tendrán más dificultad para continuar su desarrollo sanamente y elaborar su duelo.

- Bowlby agrega que las reacciones del duelo que se observan a menudo en la infancia presentan muchos de los rasgos que constituyen el sello del duelo patológico en el adulto, en el que se vive con estrés y aflicción crónicos, sobre todo en los que de niños o adolescentes sufrieron la pérdida de un padre. El duelo patológico para Bowlby (1980) tendría los siguientes rasgos:
 - un anhelo inconsciente por recuperar a la persona perdida
 - el reproche inconsciente contra la persona perdida, combinado con autoreproches conscientes y a menudo incesantes
 - el cuidado compulsivo de otras personas
 - persistente incredulidad de que la pérdida es permanente, negándola a menudo (Bowlby, 1980).

Un duelo sin resolver lleva a enfermedades físicas así como mentales. Psicológicamente impiden a la persona hacer y mantener relaciones de amor, volviéndose un ser poco adaptado. A menudo le impide organizar el resto de su vida. Generalmente las personas con duelo crónico reaccionan de dos maneras; en la primera con poca o nula respuesta durante las primeras semanas después de la pérdida, y con respuestas emocionales inusualmente intensas y prolongadas hasta después de un mes o dos con coraje o autorreproche por la pérdida pero sin expresar tristeza o pesar por la persona ausente. Tarde o temprano viene la depresión como síntoma principal, combinado con ansiedad, agorafobia, hipocondría o alcoholismo. A esto Bowlby le llama **duelo crónico**. Otra variante parece manifestarse de forma contraria, en la que existe más o menos una prolongada ausencia de pesar consciente y la persona sigue haciendo su vida normal. Sin embargo puede

padecer de enfermedades psicológicas o físicas, y puede de repente, sin razón aparente estar completamente deprimido. Otras variantes del duelo crónico son la euforia, el desplazamiento del coraje hacia otra persona, y utilización de defensas para desconectarse cognitivamente de la situación de pérdida.

Muchos estudios muestran un aumento en la incidencia de pérdidas en la niñez en las historia de pacientes psiquiátricos. Muchos niños han sufrido pérdidas o cambios constantes de cuidadores, desintegración del hogar, cambios en los roles familiares, los efectos de la privación en el padre sobreviviente y un padrastro en el hogar; hay evidencia que estos factores son importantes para las respuestas de estos pequeños. Algunos niños desarrollan trastornos emocionales, entre ellos síntomas de depresión, pero aunque algunos de ellos se las arreglan para manejar estas situaciones durante su infancia y adolescencia, se ha visto que son factores de riesgos para futuras depresiones en la adultez con gran vulnerabilidad ante una pérdida. El duelo de la infancia se vincula con desórdenes depresivos en los adultos.

Por otro lado un duelo normal de una persona que ha sufrido una pérdida conlleva cuatro fases:

1. Fase de entumecimiento o parálisis que puede durar desde unas horas hasta una semana, y puede ser interrumpida por arranques de dolor intenso y/o coraje.
2. Fase de búsqueda y añoranza por la persona perdida, que dura algunos meses y a veces años. Va acompañada de insomnio, preocupación, coraje, tristeza, llanto, aflicción, sueños vívidos; movimientos, ideas o percepciones para encontrar a la persona perdida y restablecer el vínculo.
3. Fase de desorganización y desesperanza.
4. Fase de una reorganización y aceptación.

La experiencia clínica muestra cómo muchos adultos que han tenido una pérdida y padecen de trastornos depresivos, muestran duelos patológicos. Esto depende de la experiencia vivida anterior al duelo, y generalmente de niños no se sentían queridos, o tuvieron separaciones o pérdidas de alguno de sus padres, una infancia infeliz y estresante en la que los obligaron a no expresar sus sentimientos.

Concluye que un determinante importante de cómo una persona responde a una pérdida es la forma en que sus conductas de apego y todos los sentimientos que las acompañan fue evaluada por sus padres y de cómo respondieron durante su infancia y adolescencia. Especialmente los efectos adversos se deben a observaciones con sarcasmo y menosprecio hacia sus sentimientos, cuando mostraban aflicción y buscaban consuelo. Las respuestas ante una pérdida o separación dependen mucho de cómo era la situación familiar y la relación con los padres antes de la pérdida.

El apego de un niño a una figura materna que se desarrolla durante el primer año de su vida, es de suma importancia. Bowlby (1980) menciona que después de los seis meses un niño se muestra abiertamente afligido cuando pierde a su mamá, y que las reacciones ante esta pérdida son similares a aquellas que tienen los niños más grandes y a las que más tarde tienen los adultos. Asimismo otorga un gran peso a la influencia que ejercen en las respuestas del niño las condiciones en que es cuidado mientras está lejos de su mamá, ya sea una separación temporal o permanente. Un buen cuidado de padres sustitutos mitiga enormemente el sufrimiento de estos niños y ayuda a elaborar sus duelos y a poder formar nuevas relaciones de apego con padres sustitutos que le den seguridad. También son relevantes las condiciones en que las familias de los niños o familias sustitutas reaccionan después de la pérdida, no solo en niños mayores y adolescentes sino también en los adultos.

Hay muchos niños que han sido separados de sus familias y que no tienen una madre sustituta que los cuide amorosamente. Aún cuando un niño sí la tiene, no deja de verla como su segunda mejor mamá pero continúa añorando a su madre ausente. Pero es imprescindible para el bienestar del niño que esta madre sustituta reconozca, y empatice con los sentimientos del niño, y favorezca su expresión, especialmente cuando tenga periodos de llanto, berrinches y de insatisfacción y coraje.

Cuidar a un niño en duelo no es fácil ni satisfactorio. Generalmente se les dice a los niños que no lloren, que no estén tristes y que se distraigan en otras actividades. Si va a haber una separación, antes de ésta, muchas madres presionan a sus hijos para que no lloren. Para realmente dar apoyo y consuelo a un niño, se requiere de mucha paciencia, generosidad y empatía de su madre sustituta. Debe dar la oportunidad al niño de expresar sus sentimientos, su tristeza y sus preguntas. Debe dar información sobre cómo va a ser la separación o cómo fue la pérdida. Debe hablar con el niño sobre las razones por las que ella lo está cuidando, y acompañarlo y consolarlo en su dolor. Ser una figura permanente, predecible, amorosa, y responsiva. En la medida en que acompañe al niño en su duelo, en esa medida su relación como madre sustituta crecerá y será auténtica, y el niño aprenderá a diferenciarla de la relación que tenía con su madre.

En el siguiente capítulo se hace referencia a algunas investigaciones que han ido sustentando la teoría sobre la psicología del niño institucionalizado y los efectos que vivir en una institución tienen sobre el desarrollo del niño, entre ellos los síntomas depresivos que estos niños presentan.

CAPITULO IV

DESARROLLO DEL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

4.1 ALGUNAS INVESTIGACIONES PREVIAS

Como ya se ha ido mencionando a lo largo del trabajo, para la autora el aspecto afectivo y la importancia de la calidad en las relaciones entre los niños y sus figuras parentales son claves para un desarrollo integral sano. Como Bowlby (1980) consideraba, la autora piensa que la base del desarrollo humano es una sensación de confianza en la disponibilidad de las personas con las que mantenemos lazos afectivos, confianza que se desarrolla lentamente a través de la infancia y la adolescencia.

¿Pero qué sucede con el desarrollo físico, intelectual, afectivo y social de los niños institucionalizados? Antes de continuar es importante señalar, para efectos de este trabajo, que los niños institucionalizados son aquellos que por diversas causas- entre ellas separación de los padres, problemas familiares, problemas económicos, maltrato, hijos de madres solteras, muerte de alguno de los padres, etc.- han sido remitidos a instituciones de crianza y educación, viviendo separaciones temporales o permanentes de sus padres o parientes cercanos.

Si bien los niños institucionalizados tienen aparentemente satisfechas sus necesidades básicas como comida, techo, educación, ropa, etc., no tienen satisfechas sus necesidades afectivas y emocionales, mismas que son básicas para un óptimo desarrollo integral. Los niños institucionalizados son potencialmente muy vulnerables a sufrir depresión debido a las separaciones que han tenido de sus padres o familiares cercanos y por la dificultad para establecer vínculos importantes con adultos dentro de la institución.

En los niños institucionalizados surgen sentimientos de haber sido abandonados, de rechazo y hostilidad. Estos sentimientos, acompañados de ansiedad y tristeza pueden crear una plataforma de vulnerabilidad de los niños para presentar enfermedades físicas, problemas emocionales y conductuales, bajo rendimiento escolar, dificultad para adaptarse, etc. Algunas conductas o síntomas pueden señalar cuadros clínicos de depresión por vivir separados de sus padres y familiares, por sentirse rechazados o abandonados, y en muchas ocasiones, por no encontrar oportunidades de elaboración de duelos o relaciones de calidad con otros adultos.

Algunos autores como Finch (1960) y Gadea de Nicolás (1992) reconocen que las instituciones pueden proveer al niño con un cuidado físico adecuado y comida nutritiva, pero no les brindan a los niños la oportunidad de formar una relación cercana con una madre o un padre. Tener una vida en familia y la oportunidad de ser una parte integral de la misma es de importancia básica para el desarrollo de la personalidad del niño. Los orfanatorios rara vez pueden dar esta oportunidad.

Sin embargo, la necesidad de la existencia de internados para niños es una realidad; por otro lado, desgraciadamente existen padres que realmente no se encuentran en condiciones económicas o psicológicas sanas para favorecer el desarrollo de sus hijos, ya que sus descuidos o maltratos físicos y emocionales pueden provocar en los niños daños graves. Muchos niños institucionalizados pueden de alguna forma estar más protegidos que en sus hogares.

Estudios de campo comparativos hechos con niños institucionalizados y grupos de infantes criados en sus hogares , entre ellos Bowlby, Spitz, Burlingham y Freud, Hetherington y Parke (citados por Boy y Casco, 1985) confirman la trascendencia de la figura materna para el buen desarrollo de la seguridad, autoestima y el apego del pequeño. Rutter aseguró que en un ambiente institucional es imposible dar al niño una figura sustitutiva que pueda dispensarle cuidados con tanta propiedad como la madre. Específicamente Bowlby observó que es esencial para la salud mental que el infante y el niño pequeño experimenten una relación afectuosa, íntima y continua con su madre, en la que ambos encuentren satisfacción y gozo (citados por Boy y Casco, 1985).

En el capítulo anterior ya se mencionaron las conclusiones a las que llegó Bowlby (1980) sobre los efectos de separaciones prolongadas o pérdidas en la personalidad y el desarrollo de los niños, influyendo en su futura vida adulta, volviéndolos vulnerables a estados depresivos o duelos crónicos.

Aboud et al (citados por Ahmad y Mohamad, 1996) reportan en 1993 que niños huérfanos en Etiopía obtuvieron puntuaciones intelectuales altas pero menores interacciones y vínculos más débiles con adultos, comparados con niños que vivían con sus familias. Ajdukovid et al (citados por Ahmad y Mamad, 1996) en el mismo año encontraron que los niños que vivían en un albergue colectivo tenían mayor riesgo de salud mental que un grupo de niños que vivían en casas con padres sustitutos.

Otro estudio con niños indígenas guatemaltecos, que habían experimentado el trauma de la pérdida de miembros de la familia, que habían sido testigos de crímenes violentos y que habían sido separados de sus hogares durante la guerra civil, rebeló que estos niños tenían las expectativas hacia el futuro más bajas. Otros investigadores han encontrado que la calidad del ambiente de los hogares sustitutos parece ser el factor más significativo para deshacer el proceso traumático para los huérfanos después de experiencias muy estresantes como la guerra (Ahmad y Mamad, 1996).

Ahmad y Mohamad (1996) investigaron el desarrollo socioemocional de un grupo de huérfanos en la parte iraquí de Kurdistán, en relación al tipo de cuidado que recibían: las tradicionales familias adoptivas, donde su cuidador era un pariente, vs. los orfanatorios modernos. Después de un año de seguimiento encontraron que los niños del orfanatorio mostraban deterioro en su salud mental y

comportamiento en comparación con los niños adoptados por familias, sin embargo ambos mostraron aumento en sus competencias intelectuales, coincidiendo con los estudios recién mencionados. Estos estudios les hacen concluir que el mejor indicador para pronosticar un desarrollo positivo para un niño que vive un evento traumático es la capacidad de los adultos importantes especialmente algún pariente, para manejar la situación, pero más importante aun es el hecho de pertenecer a un ambiente familiar, en contraste con los niños que viven en una institución.

Estos estudios coinciden con algunas de las conclusiones de Bowlby, descritas en el capítulo anterior, sobre el efecto positivo que produce en la salud emocional del niño el hecho de tener una persona sustituta disponible y constante que cuide de él cuando ha sufrido la separación o pérdida de un ser querido.

En su investigación documental, Rangel (1995) menciona numerosos estudios comparativos (Suman, 1986; Merum, Schene y Koops, 1990; Drivas et al, 1986; Jiménez (1988), Kujiroaka, 1989; Boostani, 1982; Agarwal, 1991; Boy y Casco, 1985, entre otros) que se han realizado en diversos países del mundo, sobre el nivel intelectual, adaptación, competencia social, desarrollo psicomotor, control y expresión de emociones, etc. entre niños institucionalizados y niños que viven en sus hogares con sus padres. Se han encontrado diferencias significativas, en las que los niños institucionalizados obtienen puntuaciones más bajas.

Suman (1986), por ejemplo, investigó la necesidad de cuidado de salud mental relacionada con la falta de atención y cuidado parental en niños institucionalizados en orfanatorios de Bangalore, India. Fueron comparados con 150 niños de familias de nivel socioeconómico bajo. La salud mental fue evaluada por una escala desarrollada para la investigación, constituida por 16 indicadores de salud mental. Se encontraron problemas de conducta en 33% de los niños institucionalizados.

Estos problemas de conducta se consideraron indicadores de salud mental pobre. Sugiere que se aumente el entrenamiento de los trabajadores de las instituciones con el fin de evitar problemas de salud mental y de conducta que encontró. Sus hallazgos también indicaron que la salud mental pobre está relacionada con la privación de los padres.

Spitz y Rheingold (citados por Albourek, 1976), entre otros, comprueban que los niños criados en instituciones no establecen vínculos personales fuertes o afectuosos, además muestran deficiencias en su desarrollo físico y emocional. Anna Freud (citada por Albourek, 1976) comparó niños institucionalizados con niños de familia y encontró notables diferencias entre ellos que se van percibiendo en sus diferentes períodos de desarrollo.

Martínez (1991) cita algunos estudios comparativos sobre nivel intelectual y adaptación, inteligencia abstracta y madurez intelectual de niños institucionalizados y grupos controles de niños que vivían con sus padres. Los

resultados de los niños institucionalizados en estas áreas resultaron significativamente más bajos en comparación con los sujetos no huérfanos.

Boostani (1982), hizo un estudio comparativo para medir la competencia social de 21 niños de 10 años de edad. Los resultados indican que los niños huérfanos se encuentran significativamente por debajo de los niños del grupo control en todos los aspectos. Estos resultados fueron interpretados en términos de la falta de estimulación ambiental y social y la falta de interacción con figuras adultas. Concluye que se debe de enriquecer el ambiente de la institución para mejorar la madurez social de estos sujetos.

Jiménez (1988) menciona la incidencia en sus estudios de trastornos psicoafectivos en niños institucionalizados y su relación con el bajo rendimiento escolar.

Por otro lado, Tabassam y Hamayun (1993) investigaron las diferencias de la estructura de personalidad e inteligencia de 80 niños de once a quince años que vivían en orfanatorios, comparándolos con un grupo de 80 niños de familias intactas. Aplicaron el Cuestionario de Personalidad de los Niños (CPN) y el Test de Puntaje Rápido de Habilidad Mental. Siete de catorce factores del CPN fueron significativamente más altos entre los sujetos de familias intactas en comparación con los niños de orfanatorios. El rango coeficiente intelectual de los niños huérfanos fue también más bajo que el de los niños que vivían con su familia.

Gaiguzova et al (1990) discuten los factores que causan retrasos y desviaciones psicológicas en niños -cognitivas, emocionales, volitivas, personales y comunicativas- basados en un estudio longitudinal comparativo de niños criados en familias y niños institucionalizados. Recomiendan reorganizar los hogares sustitutos y orfanatorios, y crear las condiciones psicológicas adecuadas para criar a los niños.

Gómez et al (1991) realizaron un estudio observacional a dos grupos de cuatro a cinco años de edad, de los cuales siete eran niños criados en casa y cinco en una institución. Los niños fueron observados durante la hora de juego en el mismo jardín de niños. Los niños no institucionalizados tendían a jugar en grupos más grandes y gastaban menos tiempo en juegos solitarios. En cambio los niños institucionalizados formaban grupos más estables, además eran más agresivos. Los resultados sugieren que los niños criados en instituciones utilizan una estrategia de socialización diferente.

Merum, Schene y Koops (1990), entrevistaron a 96 niños institucionalizados de siete, once y quince años de edad, con inteligencia normal, que estaban diagnosticados por los psicólogos de la institución con trastornos afectivos, de ansiedad o de conducta. El estudio se relacionaba con su concepto de "emoción". Les hicieron preguntas que tenían que ver con la manera en que identificaban las emociones de alegría, enojo y temor; con los efectos de esas emociones sobre

otros procesos psicológicos, y finalmente con la forma en que podían ser capaces de controlar la expresión y experiencia interna de las mismas. Compararon los resultados con niños de escuelas, no institucionalizados. Encontraron que los niños institucionalizados, con su desarrollo, muestran el mismo cambio en su concepto de las emociones que los no institucionalizados; es decir, los más pequeños detectan a las emociones según lo que observan en cierta situación, en cambio los niños mayores ya toman en cuenta procesos mentales que afectan a una reacción emocional.

Sin embargo, estos autores encontraron que los niños institucionalizados reportaban prestar poca atención a sus propias emociones y a las de los otros; no consideraban factible poder cambiar una emoción por otra y así poder controlar sus propios sentimientos; y además no pensaban que un sentimiento positivo (alegría) podía influir favorablemente en las personas, por el contrario, confesaban que ante un sentimiento negativo (temor o enojo) esperaban algo negativo del ambiente.

Estos autores relacionan lo anterior con un sentimiento de "incapacidad o impotencia aprendida" en estos niños con problemas emocionales y de conducta, pues los niños institucionalizados no pueden obtener respuestas contingentes del ambiente ante sus conductas y pierden su sentimiento de autocontrol, es decir, al no darse cuenta de sus sentimientos o de los demás, tampoco son capaces de cambiar o controlar sus conductas agresivas o sus sentimientos de miedo o frustración; además carecen de una seguridad emocional y es muy frecuente su posición pesimista ante las situaciones y sentimientos de la vida cotidiana.

Sellosse (citado por García, 1986) encontró en sus investigaciones que puede existir una identificación negativa en los diversos grupos de interacción del niño, y que situaciones de abandono, aislamiento y percepción de rechazo en la infancia, mantienen constante su influencia negativa durante la edad adulta. Narcisismo, ansiedad y fatalismo, juegan un rol en el desarrollo del autoconcepto negativo.

Boy y Casco (1985) investigaron los efectos de la privación materna en el sentimiento de seguridad en niños mexicanos de tres a seis años. Compararon niños institucionalizados con niños que siempre habían vivido en sus hogares, con una interrelación continua con sus madres. Los resultados mostraron altas frecuencias en las categorías de aislamiento, destructividad y apego obsesivo, y bajas frecuencias de participación activa y apego en los niños con privación materna. Asimismo, presentaron puntajes bajos en las categorías de autonomía, autoestima, participación activa y autoconfianza.

Mukhina (1989) menciona que se observan desviaciones en el desarrollo físico y mental de muchos niños institucionalizados en Rusia. Encontró que los niños institucionalizados no manejan una comunicación productiva, sus contactos son superficiales, con nerviosismo y apresurados. Al mismo tiempo que buscan atención, la rechazan, recurriendo a una alineación agresiva o pasiva. Aunque necesitan amor

y atención, ellos no pueden comportarse de una manera para que otros satisfagan esta necesidad. Esto genera tensión, ansiedad y agresividad. Como resultado de una malformación de su capacidad de comunicación, ellos toman un papel adverso contra los otros. También dividen al mundo entre "nosotros" y "ellos" y tienen sentimientos de que los demás "les deben" a ellos y por eso pueden romper la ley. Algunos tratan muy mal a los niños pequeños.

Los estudios de Goldfarb, Taner, Province y Lepton, citados por Martínez (1991), muestran sentimientos de minusvalía, culpa por estar vivo, fuerte tendencia a la destrucción, deficiencias en el desarrollo mental y psicomotor en el niño institucionalizado. Otros estudios citados por la misma autora sugieren que la pérdida de un padre afecta la vida misma del niño, sus relaciones con otros niños, y alto grado de retardo en el lenguaje así como debilidad mental.

Existe consenso de que los infantes sujetos a una atención prolongada en un ambiente institucional inadecuado presentan alteraciones en el desarrollo de su personalidad y de su capacidad intelectual. Incluso los bebés tienen retrasos en su desarrollo psicomotor. Como Calderón (1987) señala, las funciones intelectuales y afectivas son las más vulnerables, determinando trastornos del lenguaje y alteraciones de la personalidad y del carácter.

Estos niños tienen trastornos que incluyen patrones inadecuados en la relación social con tendencia al aislamiento y a la apatía, que apareciendo en forma temprana determinan en la adolescencia y en la edad adulta conducta agresiva y destructiva, e incapacidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales.

En una institución hay demasiados niños y pocos cuidadores que les puedan brindar la atención y satisfacción a sus necesidades. Además estas madres o padres sustitutos cambian constantemente y trabajan por turnos, por lo que los niños no pueden establecer los vínculos de apego seguros que normalmente establecen con los padres, que favorezcan su desarrollo. Lo anterior contribuye a aumentar sus sentimientos de rechazo, y parece estar relacionado con conductas que pueden manifestar depresión infantil.

Fiegelson (1980) menciona que los niños abandonados tienen sentimientos profundos de rechazo y privación emocional; son más pasivos, apáticos y menos interesados en conseguir que otros reaccionen.

Así, Leary (1993) menciona que los niños de un orfanatorio no tienen unos padres que cuiden de ellos; han sido movidos de una situación a otra sin saber la respuesta a esas terribles preguntas: ¿Por qué soy diferente?, ¿Quién me cuidará?, ¿Qué será de mí?, ¿Qué hice mal? El niño huérfano se caracteriza por tener una baja autoestima y un sentimiento de "darse por vencido". Además un alto porcentaje no está lo suficientemente preparado para enfrentarse al mundo cuando crece, así que toma los trabajos menos remunerados, no aspiran a tener estudios universitarios, se casan rápidamente pero sus matrimonios son

conflictivos y tienden a desintegrarse. Sin embargo, pueden ser ayudados para superar su sentimiento de incapacidad o impotencia. Dice que se les debe ayudar a tener entendimiento, capacidad de predicción y control de su propio comportamiento, así como apoyarlos para que se sientan capaces de solucionar sus problemas.

Como se puede observar, muchas de las características señaladas anteriormente representan síntomas del cuadro clínico de depresión infantil, específicamente de los dos cuadros que se manejan en este trabajo: trastorno distímico y trastorno depresivo mayor.

En México se han realizado pocas investigaciones sobre los síntomas de depresión en los niños institucionalizados. En el siguiente apartado se mencionan algunas de ellas.

4.2 INVESTIGACIONES SOBRE DEPRESION EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS EN MEXICO

Existen pocas investigaciones en México sobre depresión en niños institucionalizados. Es importante realizar estudios que ayuden a concientizar y orientar tanto a los padres como al personal de las instituciones sobre este cuadro clínico que se encuentra con frecuencia en estos pequeños, para comenzar a tomar las medidas preventivas y terapéuticas necesarias respecto a la depresión infantil en estos ambientes. Algunas de las investigaciones que la autora encontró se mencionan a continuación:

En 1991 Martínez realiza una investigación documental sobre la autoestima en niños huérfanos tempranos. Concluye que estos niños presentan una autoestima baja, junto con otras características como desadaptación social, agresividad, aislamiento, habilidades intelectuales y motoras bajas también.

Mancilla (1994) llevó a cabo un estudio comparativo de depresión infantil entre niños que vivían en sus hogares de origen y niños institucionalizados, en México. Aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil (Childrens' Depression Scale:CDS). Aunque un 40% de los niños criados en sus hogares de origen presentaban síntomas de depresión, encontró diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Respuesta Afectiva, Sentimientos de Culpa, Problemas Sociales, Preocupación por la muerte/salud y Total Depresivo. Sus puntuaciones se sitúan arriba del área de normalidad, en tanto que la escala Animo-Alegría y Total Positivo disminuyen para hacerse también significativas en los niños institucionalizados.

Concluyó que los niños institucionalizados tienen mayor tendencia a presentar depresión. Añade que la mayoría de los niños clasificados como "depresivos" presentaban variables como el bajo rendimiento escolar y la agresividad, lo que concuerda con muchos investigadores como Toolan (1962) ,Glasser y Sperling (1962), Cytryn y Mc Donald(1972), Arieti (1978), López Albor (1979) y Ajurriaguerra

(1983), quienes mencionan como síntomas depresivos la dificultad en el aprendizaje, problemas de conducta y agresividad.

Monroy y Moreno (1994) realizaron una investigación documental sobre la influencia de la carencia afectiva en el desarrollo de la personalidad de los menores institucionalizados. Concluyen que aunque los internados juegan un papel de vital importancia en la sobrevivencia y desarrollo de miles de seres humanos que se encuentran desamparados, es necesario enfatizar la importancia de lograr que estas instituciones se parezcan lo más posible a un verdadero hogar.

Sin embargo estas autoras señalan que aunque las instituciones resuelven la necesidad de abrigo y sustento, además de que algunas instituciones privilegiadas cuentan con atención médica, apoyo psicológico y pedagógico, cuidado médico, comida y protección, el personal no se involucra lo suficiente con los pequeños para ofrecerles los vínculos afectivos seguros que necesitan los niños y que favorezcan su desarrollo en general, particularmente relacionado con la personalidad de cada uno de ellos.

En 1995 Rangel propone un curso de capacitación para sensibilización de cuidadores de niños de internados, al ver las necesidades afectivas de estos niños y observar que muchas características en el comportamiento y estado emocional de los niños formaban parte de los síntomas de depresión infantil.

Una conclusión común en las autoras anteriormente mencionadas es que un problema institucional en México es que laboran pocos cuidadores para poder atender y escuchar a las necesidades de las niñas. Por otra parte, la mayoría de ellos no tienen una preparación profesional adecuada ni están sensibilizados para la educación infantil y para atender a las necesidades de estos niños.

Finalmente y específicamente en relación con el presente trabajo cabe reiterar que que estos niños han vivido una separación de su madre, padre, o figura matemante. En el internado se relacionan con figuras que cambian constantemente de turno, así lo que los niños tienen "muchos tíos" pero no tienen una figura matemante estable que funcione como faro alrededor del cual puedan girar, crecer, llorar, aprender, reír, y desarrollarse con la confianza de que esa persona siempre estará ahí, y que brinde predecibilidad y constancia.

Si se observan cuidadosamente las características y comportamientos de los niños institucionalizados, se podría pensar que existen indicadores de un posible cuadro de depresión infantil: Enuresis, falta de apetito, agresividad, aislamiento, tristeza, aprovechamiento escolar bajo, rebeldía, cambios del estado de ánimo, etc. Por estas razones en este trabajo se investigan los síntomas de la depresión infantil en niños institucionalizados, para poder así fomentar proyectos preventivos o terapéuticos con el fin de ayudar a estos niños a superar esta enfermedad.

CAPITULO V

METODO

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para que un niño tenga un desarrollo óptimo, necesita del cuidado y atención predecible y continua de otros adultos que contribuyan a la satisfacción de sus necesidades, que sean capaces de darle amor para que pueda ser un niño sano física y emocionalmente.

Los niños que viven separados de sus padres, en instituciones tales como orfanatorios, casas-hogar, internados, viven separaciones y tienen carencias afectivas importantes que tienen implicaciones para el desarrollo de su personalidad tanto en el área intelectual, motora, afectiva, interpersonal y conductual. La depresión infantil es un fenómeno que parece ser muy común en los niños institucionalizados.

Sin embargo el diagnóstico del síndrome depresivo es más difícil en la infancia que en la edad adulta, pues el niño tiene más dificultad para expresar verbalmente su estado de ánimo o sintomatología.

Compartiendo la preocupación científica por parte de muchos investigadores sobre los efectos de la institucionalización en el desarrollo de los niños (Albourek,1976; Calderón, 1985; Boy y Casco, 1985; Suman,1986; Merum, Schene y Koops,1990; Martínez,1991; Agarwal, 1991; Gómez y cols.,1992; Leary, 1993;Monroy y Moreno, 1994; Rangel, 1995), así como la de otros autores (Spitz 1990; Bowlby,1980; Mancilla,1994), por conocer, detectar, prevenir y/o tratar oportunamente la depresión infantil, en esta investigación se propone llevar a cabo un estudio en niños institucionalizados mexicanos para detectar la severidad de los síntomas de depresión en comparación con niños no institucionalizados.

En base a lo anterior, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Los niños institucionalizados presentan altas puntuaciones en el trastorno depresivo medido con el C.D.I con respecto a los no institucionalizados?
- ¿Los niños institucionalizados presentan altas puntuaciones en los síntomas depresivos : estado de ánimo negativo, bajo rendimiento, pobre autoestima, problemas interpersonales y desinterés, con respecto a los no institucionalizados?
- ¿Existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo entre niños institucionalizados y niños que viven en sus hogares y que asisten diariamente a la escuela?

- ¿Existe alguna diferencia significativa en la severidad del trastorno depresivo con respecto al sexo?
- ¿Existen diferencias significativas en la severidad del trastorno depresivo entre grupos de edades?
- ¿Existen diferencias significativas entre los niños institucionalizados en la severidad del trastorno depresivo con respecto al tiempo que han estado en la institución?

5.2 HIPOTESIS

- H1)** Existen diferencias significativas en las puntuaciones totales entre el grupo de los niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I.
- H2)** Existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "estado de ánimo negativo", entre niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I.
- H3)** Existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "bajo rendimiento académico", entre niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I.
- H4)** Existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "autoestima", entre niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I.
- H5)** Existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "problemas interpersonales", medidas con el C.D.I.
- H6)** Existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "anhedonia" (displacer o desinterés), entre niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I.
- H7)** Existe una mayor o menor prevalencia en la severidad de las puntuaciones totales del síndrome de depresión infantil entre niños y niñas medido con el C.D.I.
- H8)** Existe mayor o menor prevalencia en las puntuaciones de los factores depresivos entre las niñas y los niños, medidos con el C.D.I.
- H9)** Existe mayor prevalencia en la severidad de las puntuaciones de los síntomas depresivos relacionados con un mayor tiempo de institucionalización, medidos con el C.D.I.

H10) Existen diferencias significativas en los síntomas depresivos de los niños entre grupos de edades.

5.3 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS: Niños, que por diversas causas han sido remitidos a instituciones tales como casas-cuna, orfanatorios, internados, etc. para su crianza y educación, separados de sus padres o familias (Albourek, 1976).

DEPRESION INFANTIL:

Entre los síntomas que se han considerado como integrantes del cuadro depresivo en niños pueden señalarse: fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitud taciturna, torturada o molesta, y no pocas veces, baja autoestima, quejas hipocondríacas como dolores abdominales, cefáleas y dolor de garganta (Calderón, 1985).

Así, en la actualidad cuando un niño ofrece un aspecto triste, llorón, tiene problemas en el área de la sociabilidad, describe sentimientos de culpa, baja autoestima y preocupación por la muerte, y pérdida de sí mismo o de los demás, es probable que se sospeche que se trata de un cuadro depresivo. (Tisher en Cantwell y Carlson, 1987).

En base a lo anterior, los cinco factores principales del CDI, y con los que se trabajará en este estudio son: Estado de Animo Negativo, Problemas Interpersonales, Bajo Rendimiento, Displacer o Desinterés y Baja Autoestima (Kovacs, 1990), y se describen a continuación:

- a) **ESTADO DE ANIMO NEGATIVO:** Prevalencia de sentimientos de tristeza o vacío, llanto, irritabilidad, indecisión, sensación de un futuro incierto, pesimismo, sentimiento de ser malos, aburrimiento (DSM IV, 1995).

En el manual del CDI lo describen los siguientes items : Tristeza, preocupación pesimista sobre sí mismo, culpabilidad, ataques de llanto, irritabilidad, indecisión (Kovacs, 1992).

- b) **PROBLEMAS INTERPERSONALES:** Algunos síntomas como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Pueden ser conductas negativistas. Los adolescentes pueden presentar conductas antisociales y la toma de

alcohol o drogas ilegales, provocando un diagnóstico adicional de negativismo desafiante, trastorno de conducta por dependencia o abuso de sustancias psicoactivas. Son comunes los deseos de marcharse de casa, el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, mal humor y agresividad. Son frecuentes el resentimiento, la desgana en cooperar en las cuestiones familiares y el retraimiento de las actividades sociales con reclusión en la propia habitación. Puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de la emocionabilidad con especial sensibilidad al rechazo en las relaciones amorosas (DSM IV, 1995).

En el manual del CDI lo describen los siguientes items: mala conducta, desobediencia, agresión por medio de peleas, aislamiento (Kovacs, 1992).

- c) **BAJO RENDIMIENTO:** Sentimiento de incapacidad de hacer bien las cosas, los deberes escolares se le dificultan, malestar o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes, como la escuela (DSM IV, 1995).

En el manual del CDI lo describen los siguientes items: Sentimientos de fracaso, dificultad para hacer el trabajo escolar, baja en el rendimiento escolar, autoestima baja (Kovacs, 1992).

- d) **ANHEDONIA (displacer/ desinterés):** Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades. Pérdida importante de peso o aumento de peso (por ej. un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables. Insomnio o hipersomnia casi cada día. Agitación o entecimiento psicomotores casi cada día. Fatiga o pérdida de energía casi cada día. Incapacidad para divertirse, preocupaciones sobre el dolor y enfermedad, sentimiento de soledad, falta de interés en amigos o en el mundo. Quejas somáticas. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, sentimiento de que hay un futuro incierto, pesimismo (DSM IV, 1995).

En el manual del CDI lo describen los siguientes items: Falta de alegría o diversión, dificultad para dormir, sensación de fatiga, pérdida del apetito, preocupaciones somáticas, soledad, falta de diversión en la escuela, falta de amistades (Kovacs, 1992).

- e) **BAJA AUTOESTIMA:** Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida. Sentimientos de poco valor, y atracción física así como de incapacidad para hacer bien las cosas. No sentirse querido (DSM IV, 1995).

En el manual del CDI lo describen los siguientes ítems: pesimismo, odio a sí mismo, ideación suicida, imagen corporal negativa, no sentirse querido (Kovacs, 1992).

5.4 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- a) Niños institucionalizados: Niños y niñas entre 8 y 14 años de edad que por diversas causas-separación de los padres, problemas económicos, muerte o enfermedad de algún padre, abandono, falta de atención, maltrato, etc.- han sido remitidos a un internado de educación primaria para su crianza y educación, separados de sus padres o familias excepto los fines de semana y las vacaciones según el calendario de la SEP. Estos niños han estado internos por lo menos 6 meses a partir del ciclo escolar 1998-1999 que comenzó en agosto.
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Ciclos. Número de ingresos que lleva cada niño en el internado, por lo que se dividen en ciclos de 1 a 6.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- a) *Depresión: Es el factor de puntuación total medida en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI). Cuantifica los siguientes cinco factores:*
- b) *Estado de Animo Negativo: Es el factor correspondiente a la escala A en el C.D.I.*
- c) *Problemas Interpersonales: Es el factor correspondiente a la escala B en el C.D.I.*
- d) *Bajo Rendimiento: Es el factor correspondiente a la escala C en el C.D.I.*
- e) *Anhedonia (Displacer / Desinterés): Es el factor correspondiente a la escala D en el C.D.I.*
- f) *Baja Autoestima: Es el factor correspondiente a la escala E en el C.D.I.*

5.5 TIPO DE ESTUDIO:

Es una investigación no experimental, ya que no se manipulan deliberadamente variables pues ya han sucedido, sino que se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Los sujetos no se asignaron aleatoriamente, sino que se trabajó con grupos de primaria ya establecidos.

En este trabajo se describe y se hace una interpretación y comparación del trastorno depresivo en niños, por medio de los factores del Inventario de Depresión Infantil entre niños institucionalizados y no institucionalizados. También se comparan las puntuaciones de depresión en ambos sexos, así como por grupos de edad y de ciclos de institucionalización.

En este tipo de investigación, las inferencias acerca de las relaciones entre variables se realizan sin intervención directa, y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural. Una ventaja que nos puede brindar un estudio no experimental es que se está más cerca de las variables hipotetizadas como "reales" y consecuentemente tenemos mayor validez externa, es decir, mayor posibilidad de generalizar los resultados a otros individuos y otras situaciones cotidianas (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

5.6 TIPO DE DISEÑO

El tipo de diseño que se realiza es transeccional correlacional. Transeccional porque se recolectaron los datos en un solo momento, su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es decir, se trabajó con "tres grupos con y una sola medición". También es un diseño correlacional porque se realiza un análisis descriptivo de las variables y se establecen correlaciones entre ellas (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

5.7 SUJETOS

Se aplicó en forma grupal el test CDI en la versión mexicana a una muestra de 582 niños y niñas de 3º a 6º de primaria, cuyas edades fluctuaban entre 7 y 14 años (328 mujeres y 254 hombres), pertenecientes a un Nivel Socioeconómico Bajo. De estos niños, 420 se encontraban internos en dos instituciones de educación primaria de la S.E.P, una de mujeres, "Internado de Educación Primaria #1 Escuela Gertrudis Bocanegra Lazo de la Vega, y la otra, "Internado de Educación Primaria #2 Ejército Nacional". Los niños vivían en el internado de lunes a viernes, y allí mismo asistían a la escuela trabajando con el ciclo escolar de la S.E.P. Durante los fines de semana y vacaciones, regresaban a los hogares con su(s) padre(s) o su(s) tutor(es). Se trabajó en instituciones públicas ya que la investigadora tenía acceso a ellas así como el interés por estudiar los síntomas depresivos en ese tipo de población. Sin embargo sería interesante investigar en

otro trabajo si existen diferencias entre estos niños en comparación con niños que acudan a instituciones privadas.

Los niños internos habían estado en la institución por lo menos 6 meses a partir del ciclo escolar 1998-1999 que comenzó en agosto, por lo tanto en la investigación se consideran los períodos escolares que los niños llevan en la institución, que se dividen en ciclos de 1 a 6. Se dividen también por grupos de edades entre 7 y 14 años.

El grupo control constó de un grupo de 162 niños y niñas de 3° a 6° de primaria que asistían a la Escuela Primaria Ignacio López Rayón, perteneciente a la S.E.P, diariamente, durante el turno matutino, y viven en sus hogares con sus padres.

5.8 INSTRUMENTO

La revisión de la literatura distingue al Children's Depresión Inventory (CDI) de Kovacs y Beck (1977), siendo sus propiedades psicométricas altamente positivas (Frías y cols. 1990, citado en Frías y cols. 1992). Dicho instrumento ha llegado a convertirse hoy en día en el instrumento de evaluación de la depresión infantil más ampliamente utilizado y citado por los investigadores.

Su uso se ha basado principalmente en ser considerado como una medida aceptable de screening o filtro, es decir, es capaz de identificar niños y adolescentes con trastornos afectivos (Frías y cols., 1992). Además es apto para discriminar a un nivel estadísticamente significativo niños con trastorno depresivo mayor o trastorno distímico y niños escolares "normales", siendo también sensible a los cambios en depresión a lo largo del tiempo. Su mayor utilidad la ha demostrado por su capacidad para medir la severidad de la depresión infantil (Kovacs, 1983, citada por Frías y cols., 1992).

Se ha empleado también como criterio de comparación para el estudio de la validación de otros instrumentos empleados en la evaluación de la depresión. Puede ser utilizado como una herramienta de diagnóstico de síntomas de depresión en escuelas, pacientes internos y externos, clínicas de tratamiento, servicios de protección para la infancia, educación especial, etc. Se ha utilizado también para hacer seguimientos a tratamientos o diagnósticos. Da al clínico información estructurada y normalizada sobre el niño (Kovacs, 1990).

Es importante señalar esto y tener en cuenta que el CDI no fue diseñado para diagnosticar depresión, sino como una herramienta de filtro para detectar depresivos potenciales. Varios estudios han señalado que el test es un buen indicador de aflicción infantil, aunque no tiene una sensibilidad y especificidad adecuada para diagnosticar depresión (Fristad et al, 1997).

Su objetivo es detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo, busca distinguir a niños y jóvenes con el diagnóstico de trastorno mayor depresivo o trastorno distímico descrito por el DSMIII-R (Kovacs, 1992).

ORIGEN DE LA ESCALA:

El test es de origen canadiense. El punto de partida de este test fue la prueba para adultos "Beck Depression Inventory". Kovacs lo utilizó como modelo basándose en los puntos comunes existentes entre los trastornos depresivos de jóvenes y adultos *que defienden algunos autores (Kovacs, 1992)*.

En general se respetó el contenido y formato de la escala de adultos. Sin embargo, a través de las diversas fases a lo largo de su estudio se fueron añadiendo y sustituyendo ítems, en función de la mayor o menor adecuación de su contenido respecto de los niños y de los resultados obtenidos por medio de estudios piloto (Kovacs, 1990).

Su desarrollo se basó en tres ideas básicas: 1) que la depresión infantil existe, 2) que puede ser observada y medida, y 3) que sus características son comparables con las de los adultos (Smucker y cols., 1986). La escala está basada en la teoría cognitiva de Beck, y la descripción de los síntomas fue hecha originalmente con respecto a los señalados en el DSM III.

En el presente trabajo se presentó la descripción del episodio depresivo mayor y del trastorno distímico de acuerdo a la versión moderna del DSM III, el DSM IV (APA, 1995). La mayoría de los trastornos indicados en el DSM IV se basan en descripciones, independientes de posiciones teóricas o etiológicas. Los criterios de la fenomenología que se describe parten de la posición de que los desórdenes del estado de ánimo son equivalentes a través de todo el desarrollo de la persona (Poznanski y Mokros, 1994).

En 1977 Kovacs y Beck, citados por Hodges et al (1983) eligieron ítems de los siguientes componentes: afectivo (bajo estado de ánimo, soledad e irritabilidad), cognitivo (imagen negativa, culpa, expectativas negativas e indecisión), motivacional (aislamiento, rechazo, ideación suicida), vegetativa (trastornos del apetito y sueño), y psicomotor.

DESCRIPCION DE LA ESCALA:

El CDI es una escala de autorreporte de síntomas de depresión. Está diseñado para niños de primaria y adolescentes. Requiere el más bajo nivel de lectura de todas las medidas que existen para detectar depresión infantil. ya que se necesita que por lo menos los niños tengan el nivel de lectura de primer grado. Se aplica a niños entre 7 y 17 años.

El instrumento cuantifica un rango de síntomas depresivos incluyendo estado de ánimo perturbado, capacidades hedónicas, funciones vegetativas, auto-evaluación y conductas interpersonales. Algunos ítems tienen que ver con las consecuencias de la depresión en contextos que son específicamente relevantes para los niños, como la escuela (Kovacs, 1992).

Polaino-Lorente (1985) así como Mokros y Posnanski (1992) especifican este rango de síntomas que es cubierto desde múltiples perspectivas. Estos incluyen: disforia, pesimismo, autoestima, falta de interés (anhedonia), preocupaciones mórbidas, deseos de suicidio, devaluación, aislamiento, rendimiento escolar, conducta social y síntomas vegetativos como trastornos en el apetito y en el sueño, cansancio y quejas somáticas.

El cuestionario consta de 27 ítems, cada uno con tres posibles respuestas alternativas, de las que el niño debe señalar la que mejor describa su situación en las dos últimas semanas. De las tres posibles elecciones, en una se refleja la normalidad, en otra la severidad del síntoma (no incapacitadora), y en la tercera, la enfermedad clínicamente más significativa. Aproximadamente en el 50% de los ítems la primera alternativa refleja la máxima patología en el resto, el orden de las alternativas ha sido invertido

La puntuación para cada ítem, 0-1-2 está en función del grado de depresión que indique la respuesta del niño. Así, el "0" indica "normalidad" en la respuesta del niño, "1" implica cierta severidad en la respuesta, pero no es incapacitadora, y "2" refleja un síntoma depresivo propiamente dicho y clínicamente significativo. Aproximadamente en el 50% de los ítems la primera alternativa refleja la máxima patología en el resto, el orden de las alternativas ha sido invertido. La puntuación total en el CDI se obtiene sumando todos los valores numéricos asignados a cada elección, siendo el rango de puntuación, por lo tanto de 0 a 54. La severidad de los síntomas será mayor cuanto mayor sea la puntuación obtenida.

El perfil presenta una puntuación total así como cinco factores que han sido desarrollados empíricamente. Las puntuaciones han sido normalizadas de acuerdo al sexo y edad del niño. Los factores que mide son: estado de ánimo negativo, bajo rendimiento, pobre autoestima, problemas interpersonales y Anhedonia (displacer, desinterés). Los cinco factores principales del CDI son: Estado de Animo Negativo, Problemas Interpersonales, Bajo Rendimiento, Displacer o Desinterés y Baja Autoestima (Kovacs, 1992).

El C.D.I. fue diseñado para aplicarlo individualmente, aunque también se puede administrar colectivamente cuando se trata de niños normales. En función de la problemática que presente el niño, el administrador de la prueba decidirá si es conveniente o no leerle los ítems. En el caso de niños sin dificultades de lectura y con buena comprensión, pueden responder la prueba por sí solos. Saylor y cols (1984c) comprobaron que no existían diferencias significativas en función de que el cuestionario se aplicara de manera individual o colectiva.

El tiempo de aplicación dura aproximadamente entre 10 y 20 minutos, y la corrección se hace fácilmente en una hoja de puntuaciones que ya viene unida a la hoja de respuestas. Posteriormente esas puntuaciones son transferidas a una forma de perfil, en donde contiene las hileras de puntuaciones convertidas a puntuaciones T (Kovacs, 1992).

Existe también una versión corta de 10 items, que fue desarrollada como una medida fácil y rápida de detectar síntomas depresivos en general.

Ya que el convenio con Varela y Villegas para utilizar la versión mexicana del instrumento que se está estandarizando fue no incluirlo en la tesis, en el anexo 1 se presenta la versión española del CDI (Polaino-Lorente, 1985).

LIMITACIONES DEL INSTRUMENTO:

Es importante señalar que debido a las limitaciones propias del instrumento, que no tiene una validez y confiabilidad perfectas, puede haber la posibilidad de que el test reporte positivos falsos o negativos falsos. Es por eso que se aconseja comparar estos resultados con otros dentro de otras fuentes clínicas de información, incluyendo la observación directa del niño (Kovacs, 1992).

Por otro lado es importante tener en cuenta que el instrumento sólo es una herramienta que sirve para ser utilizada como una medida de severidad de los síntomas en muestras de niños depresivos seleccionados, y no para hacer un diagnóstico de depresión sin tener entrevistas clínicas y estructuradas. (Fristad et al, 1997). Se ha utilizado en muchas investigaciones como un instrumento de filtro para detectar síntomas depresivos entre niños y adolescentes de muestras grandes, no seleccionados. Así se utilizó en este trabajo.

El punto de corte sugerido por Kovacs como el más apropiado para screening es 20, y seleccionará aproximadamente al 9.86% de los niños como deprimidos. Va a haber falsos positivos y falsos negativos, sin embargo el tener un punto de corte de 20 hace que se minimicen los falsos positivos de la muestra. También ha sido sugerido en la literatura un punto de corte de 19 (Doerfler et al, Hodges, Kazdin, Smucker et al, (citados por Kovacs, 1992).

La experiencia clínica muestra que con el CDI es más frecuente encontrar falsos positivos que falsos negativos. Por lo tanto el uso de puntos de corte puede ser útil.

Los puntos de corte pueden hacerse dependiendo el contexto donde se aplique el instrumento y la finalidad de la investigación, por ejemplo, en lugares o casos donde se espera mayor incidencia de depresión, como clínicas o diagnósticos clínicos, algunos investigadores han utilizado como punto de corte una puntuación de 12 ó 13, para tratar de minimizar a los falsos negativos. Pero cuando se quiere hacer una

investigación general, se utiliza como punto de corte un rango de 19 ó 20, para minimizar a los falsos positivos (Kovacs, 1992).

INCIDENCIA DEL SEXO Y LA EDAD:

Existe controversia en las investigaciones que se han realizado con respecto a estas variables. La Dra. Kovacs encontró que los varones de la muestra normativa obtenían puntuaciones totales más altas en el CDI que las mujeres. Además encontró que hay diferencias significativas en las escalas que miden Problemas Interpersonales, Bajo Rendimiento, y Anhedonia, en las que los varones muestran también puntuaciones más altas. Por otro lado no encontró diferencias significativas con respecto a la edad.

En otro estudio, con una muestra clínica de niños y adolescentes diagnosticados con depresión mayor y/o distimia, no encontró diferencias significativas con respecto a estas dos variables.

La literatura revela que los resultados en investigaciones con respecto al género han sido inconsistentes. Algunos investigadores reportan que los varones muestran más altas puntuaciones en el CDI que las niñas (Bartell y Reynolds, 1986; Finch, Saylor y Edwards, 1985; Huntley y cols., 1987; Smucker y cols., 1986; citados por Kovacs, 1992).

Otros autores reportan que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones (Kazdin, French y Unis, 1983, Doerfler, Felner, Rowlinson, Raley y Evans, 1988, Reinherz, Frost, Stewart-Berghauer, Pakiz, Kennedy y Schille, 1990, citados por Kovacs, 1992). Kovacs (1992) cita más investigadores que no han encontrado correlaciones con respecto al sexo, entre ellos Faust y cols, 1985; Gates y cols, 1988; Haley y coles, 1985, Kovacs, 1983.

La mayoría de los estudios (Miezitis y cols.; Friedman y Butler; Kovacs; Green; Saylor y cols.; citados por Polaino-Lorente, 1988) no señalan diferencias significativas en cuanto al sexo en diferentes poblaciones. Otros estudios (Miezitis y cols.; Friedman y Butler; Kovacs; Green; Saylor y cols.; citados por Polaino-Lorente, 1988) no señalan diferencias significativas en cuanto al sexo en diferentes poblaciones.

Pero por otro lado Finch, A. y Saylor, C.(1985) aunque encontraron diferencias significativas en cuanto al género, reportan que la magnitud de estas diferencias es muy pequeña, en el sentido de que las niñas informaban menos síntomas que los niños.

Resulta interesante lo que reportan Smucker, M. y cols. (1986), con respecto a su análisis de datos, pues estos indican que las conductas de acting-out (desobediencia y mala conducta), de los adolescentes varones estaban más

altamente correlacionadas con las puntuaciones generales de depresión que las conductas que reportaban las adolescentes mujeres.

Esas diferencias de género, sin embargo no las observaron en los niños preadolescentes de tercer a sexto grado. Por otra parte, un estado de ánimo disfórico (tristeza, soledad, lloriqueo, preocupación somática) y una imagen negativa de ellas mismas (imagen corporal negativa, sentimientos de odio a si mismas) se correlacionaron más altamente con puntuaciones totales de depresión para las mujeres (de tercero a noveno grados) tanto preadolescentes como adolescentes, que para los varones de su misma edad. Una posible interpretación que dan es que las mujeres tienden a internalizar la depresión a una edad más temprana que los varones, y son más tendientes a manifestar internamente las características, como si desarrollaran un estilo depresivo atribucional.

Por otro lado los hallazgos no han sido tan uniformes con respecto a la variable edad. Finch y cols (1985) hallan en su estudio, que los niños más jóvenes informan de menos síntomas que los mayores. Por el contrario, Saylor y cols. (1984) señalan que los niños más jóvenes están más dispuestos a presentar síntomas en el CDI que los mayores.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:

El CDI ha sido utilizado en cientos de investigaciones clínicas y experimentales desde que se desarrolló el test. Se han utilizado diferentes técnicas de validez. Los resultados muestran que el test evalúa constructos importantes que tienen una fuerte utilidad explicatoria y predictiva en la caracterización de síntomas depresivos en niños y adolescentes (Kovacs, 1990). Existen estudios de validez y confiabilidad en niños españoles (Del Barrio, 1994), y ha sido validado para una población pequeña de niños mexicanos en un trabajo inédito (Comunicación personal, Varela, R.).

Aunque su consistencia interna varía en diferentes estudios, los resultados de investigaciones sobre consistencia interna entre 1983 y 1991, demuestran un rango de coeficientes de confiabilidad entre .71 y .89, lo cual indica una consistencia interna aceptable del instrumento. Estudios sobre puntuación del total de ítems, muestran consistencia interna psicométricamente aceptable (Kovacs, 1990).

La confiabilidad test-retest, proporciona que el CDI tiene un nivel aceptable de estabilidad. Algunos datos sobre los coeficientes alfa de confiabilidad que se encuentran en el manual (Kovacs, 1990) se aprecian los siguientes recuadros:

Autor	Muestra	Alpha
Kovacs, 1983	pacientes psiquiátricos	.86
Kovacs, 1983	pacientes pediátricos	.71
Kovacs, 1983	estudiantes escuelas públicas Toronto	.87
Ghareeb y Beshai, 1989	estudiantes árabes	.79 a .88
Hepperlin, Stewart y Rey, 1990	adolescentes psiquiátricos australianos	.87

Autor	Muestra	Alpha
Ollendick y Yule, 1990	estudiantes americanos y británicos	.85 y .87
Smucker et al., 1986	estudiantes de Pensilvania	.83 a .89
Weiss y Weisz, 1988	Jóvenes referidos a clínicas	.81 a .89
Weiss et al., 1991	muestra clínica	.86 a .88

5.9 PROCEDIMIENTO

La forma de aplicación del test fue grupal. Se aplicó el instrumento en todos los grupos a los que se tuvo acceso, de tercero a sexto de primaria en las instituciones ya mencionadas, con un rango de 20 a 25 niños en cada grupo. La aplicación se llevó a cabo entre los meses de febrero a mayo del ciclo escolar 1998-1999 señalado por la SEP. Se dieron las instrucciones a los sujetos, tal como corresponden al instrumento. (ver anexo 1).

Por medio de los expedientes de los niños de los internados, y con la información que se pudo obtener por parte de los maestros del grupo control, se obtuvo información en un cuestionario sobre ciertas características demográficas de ellos, es decir, sobre las siguientes variables: número de internado, sexo, edad, grado escolar, promedio anterior, promedio final, número de ingresos, ¿vive con papá?, escolaridad del papá, estado civil del papá, ¿vive con mamá?, escolaridad de la mamá, estado civil de la mamá, número de hermanos, lugar que ocupa entre hermanos, y si vive con abuelos, tíos y primos.

Se calificaron todos los tests, obteniéndose el puntaje de cada escala y la puntuación total de cada uno. Estas puntuaciones, junto con los datos obtenidos del cuestionario demográfico, se codificaron para después proceder al análisis estadístico.

5.10 ANALISIS ESTADISTICO

Las puntuaciones e información demográfica se codificaron en la base de datos del paquete estadístico SPSS versión 8 para Windows. El análisis estadístico se realizó en varias fases, en las que se obtuvieron:

- Fase uno :Confiability global del instrumento
- Fase dos: Análisis descriptivo de la población y variables demográficas.
- Fase tres: Descripción de depresión por tipo de internamiento
- Fase cuatro: Análisis de varianza para hacer una comparación estadística en cuanto a depresión entre los grupos.
- Fase cinco: comparación estadística en cuanto a depresión con respecto a sexo

- Fase seis: Prueba "t" de student para obtener diferencias significativas en cuanto a depresión entre el sexo masculino y femenino, entre niños internos y no internos.
- Fase siete: Comparación estadística en cuanto a depresión entre internos y con respecto al número de ingresos o ciclos escolares.
- Fase ocho: Comparación estadística en cuanto a depresión entre internos y no internos con respecto grupos de edades.
- Fase nueve: Comparación estadística en cuanto a depresión entre internos y no internos con respecto al punto de corte.

CAPITULO VI

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Como ya se ha estado mencionando a lo largo del trabajo, la autora al igual que otros investigadores (Albourek, 1976; Calderón, 1985; Boy y Casco, 1985; Suman, 1986; Merum, Schene y Koops, 1990; Martínez, 1991; Agarwal, 1991; Leary, 1993; Martínez, 1991; Monroy y Moreno, 1994; Rangel, 1995; Mattison et al, 1990; Mancilla, 1994, etc.), consideran que los niños que viven separados de sus padres, en instituciones tales como orfanatorios, casas hogar, internados, tienen carencias afectivas importantes que tienen implicaciones para el desarrollo de su personalidad.

Los síntomas de la depresión infantil parecen ser muy comunes en el comportamiento de los niños institucionalizados. Este estudio es importante pues está enfocado a investigar si existen diferencias significativas en cuanto a la sintomatología de la depresión en niños institucionalizados comparados con niños que viven en sus hogares. Puede ayudar a que las autoridades responsables, junto con los maestros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, conozcan y comprendan las características de personalidad, carencias y necesidades de estos niños, para que puedan contar con más herramientas para invertir esfuerzos en cursos de capacitación del personal, así como programas para detección y apoyo terapéutico a estos niños.

Como se describe en capítulo de Método, el Análisis de los Resultados se llevó a cabo en diferentes fases:

En la fase uno se realizó la Confiabilidad del instrumento; en la segunda fase se hizo un análisis descriptivo de la población; en la tercera etapa, la descripción de los resultados de los síntomas de depresión medidos con el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI); en la cuarta fase se realizó un análisis de varianza y para hacer una comparación estadística en cuanto a los resultados de los síntomas depresivos entre los grupos y posteriormente se utilizó también la prueba t de Student.

En una quinta etapa se hizo la comparación estadística en cuanto a los resultados de síntomas depresivos con respecto a sexo y en la sexta fase, se juntaron los grupos de "internos" y luego se compararon con los "no internos" para ver también si existen diferencias significativas en depresión por sexo entre internos y no internos.

En la séptima fase del análisis estadístico se realizó una comparación de las puntuaciones totales del CDI para ver si se encontraban diferencias significativas con respecto al número de ingresos.

En una octava fase de este análisis se compararon los puntajes totales del CDI por grupos de edades para ver si se encontraban diferencias significativas entre ellos.

Finalmente en la última fase del análisis de este trabajo se marcó un punto de corte para establecer la discriminación entre niños con elevados niveles de sintomatología depresiva, con respecto al puntaje total obtenido.

Dicho lo anterior, en la **primera fase** se obtuvo la Confiabilidad del Instrumento, ya que el CDI es una prueba que apenas está siendo estandarizada para niños mexicanos (Villegas y Varela, comunicación oral, 1999). Con la finalidad de generar una Variable Total, primero se realizó una suma de reactivos, posteriormente a través de un análisis de frecuencia se obtuvieron los valores correspondientes a los percentiles 25 y 75 para dividirlos en dos grupos a los que se denominó altos y bajos, y que corresponden a los valores extremos de la variable que se está midiendo. El resto de los sujetos fueron convertidos a valores omitidos.

Posteriormente se recodificó la Variable Total formando dos grupos. El primer grupo se formó con los valores menores o iguales al percentil 25, que tuvo un valor de 10.750 y el segundo grupo al que se denominó altos, agrupó a los sujetos que obtuvieron los valores correspondientes al percentil 75 y superiores, obteniendo un valor de 20 para este último percentil.

Estos pasos previos tuvieron la función de formar dos grupos con los cuales a través de la prueba "t" de Student se determinara el Poder Discriminante de cada uno de los reactivos, encontrándose los resultados que se muestran en la Tabla 1 que se muestra a continuación.

TABLA 1. REACTIVOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL CDI

No. ITEM	ITEM	VALOR t	SIGNIFICANCIA
1	Tristeza	-9.53	.000
2	Pesimismo	-8.62	.000
3	Sentimientos de fracaso	-10.75	.000
4	Falta de diversión en general (anhedonia)	-6.46	.000
5	Mala conducta	-4.70	.000
6	Preocupación pesimista sobre sí mismo	-7.59	.000
7	Odio a sí mismo	-8.58	.000
8	Culpabilidad	-11.89	.000
9	Ideaación suicida	-10.05	.000
10	Ataques de llanto	-9.82	.000
11	Irritabilidad	-8.72	.000
12	Interés social reducido (aislamiento)	-5.46	.000
13	Indecisión	-8.16	.000
14	Imagen corporal negativa	-10.76	.000

No. ITEM	ITEM	VALOR t	SIGNIFICANCIA
15	Dificultad para hacer el trabajo escolar	-9.94	.000
16	Dificultad para dormir	-11.26	.000
17	Fatiga	-8.40	.000
18	Pérdida del apetito	-10.81	.000
19	Preocupación somática	-3.27	.001
20	Soledad	-14.94	.000
21	Falta de diversión en la escuela	-14.28	.000
22	Falta de amistades	-8.39	.000
23	Baja en el rendimiento escolar	-13.85	.000
24	Autoestima baja	-11.51	.000
25	Sentirse no querido	-11.82	.000
26	Desobediencia	-7.01	.000
27	Agresión (peleas)	-7.79	.000

Una vez que se hizo la prueba de discriminación de reactivos y se comprobó el poder discriminante de reactivos, se aplicó un Análisis de Confiabilidad para determinar el puntaje total de todo el instrumento, obteniendo un Alpha de .8092, lo cual indica que la prueba presenta un nivel de estabilidad o consistencia interna aceptable.

La **segunda fase** del análisis consistió en hacer un perfil descriptivo de la población. Al respecto, se puede observar lo siguiente:

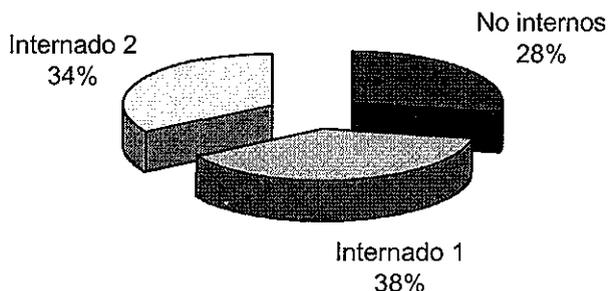
El número total de niños evaluados fue de 582 . Los niños se dividieron en tres grupos.

TABLA 2. NUMERO DE CASOS

MUESTRA	# de casos
No internos(grupo control)	162
internado #1	223
Internado 2	197

En la gráfica 1 se pueden observar los porcentajes correspondientes al número de sujetos de los grupos.

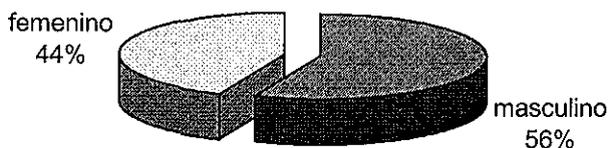
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR GRUPOS



Gráfica 1

Del total de niños, 328 eran mujeres y 254 varones, como se muestra en la gráfica que sigue:

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR SEXO



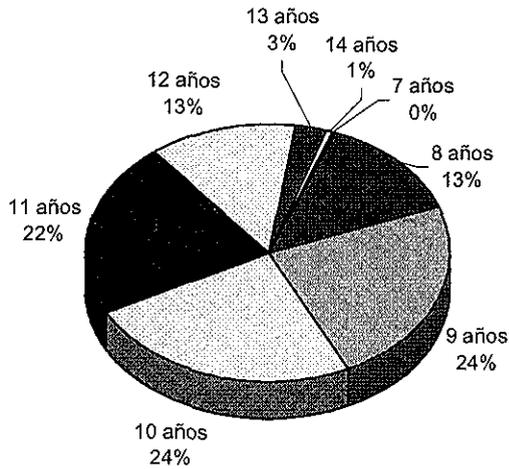
Gráfica 2

La muestra total tuvo una media de edad de 10.1 años con una desviación estándar de 1.34. En la gráfica 3 se puede observar la frecuencia de edades de la muestra:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

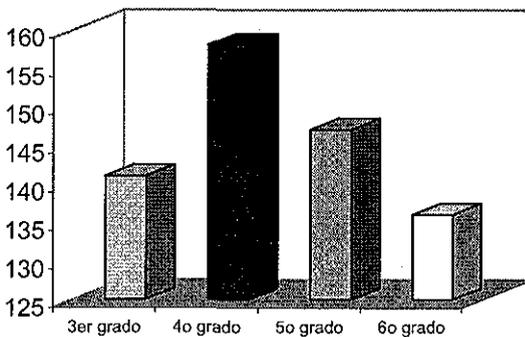
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD



Gráfica 3

Todos los sujetos se encontraban cursando entre 3° y 6° de primaria, como se puede apreciar a continuación:

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR GRADO ESCOLAR



Gráfica 4

Como ya se ha mencionado, para tener un panorama más amplio sobre el rendimiento escolar de los niños, primero se obtuvo el **promedio** del ciclo escolar anterior que cursó cada niño, y unos meses después de aplicado el test, al final de ese año escolar, se solicitó en cada escuela el promedio final del ciclo durante el cual se aplicó el cuestionario. Los promedios abarcan un rango de 5 hasta 10, con una desviación estándar de 1.1 como se presenta en la siguiente tabla.

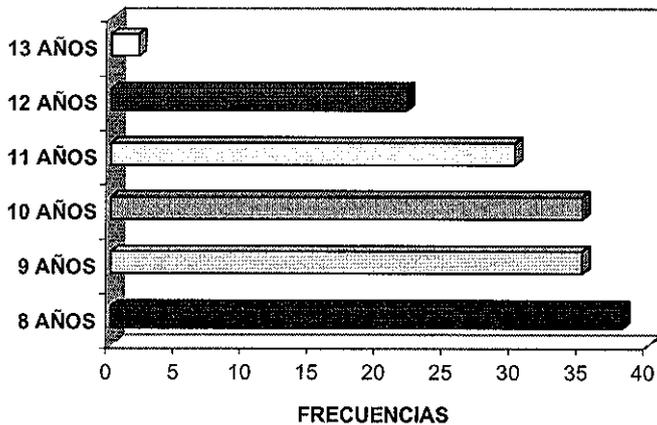
TABLA 4. PROMEDIOS GLOBALES

PROMEDIOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
PROMEDIO DEL CICLO ANTERIOR	8.2	.93
PROMEDIO FINAL	8.0	1.1

En esta fase, también se realizó un análisis descriptivo para cada uno de los dos grupos de los niños internos y para el grupo control, dadas las diferencias demográficas de la población.

Así, para empezar se puede observar en las siguientes tres gráficas la distribución de frecuencias con respecto a la edad en cada grupo:

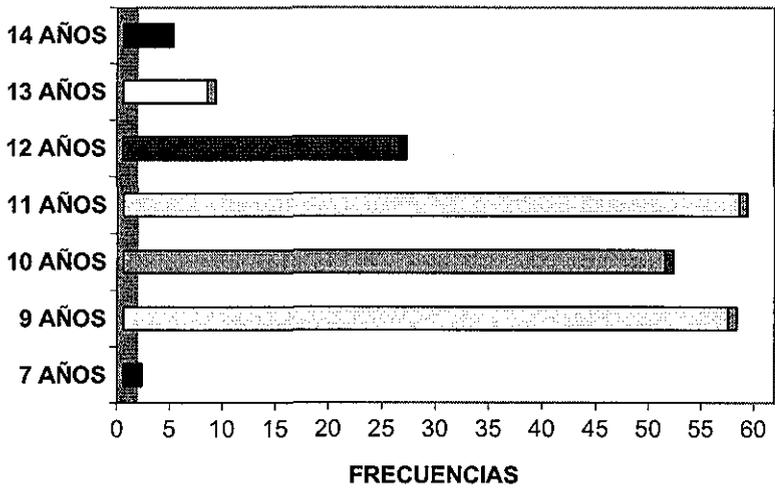
DISTRIBUCION "NO INTERNOS" POR EDAD



Gráfica 5

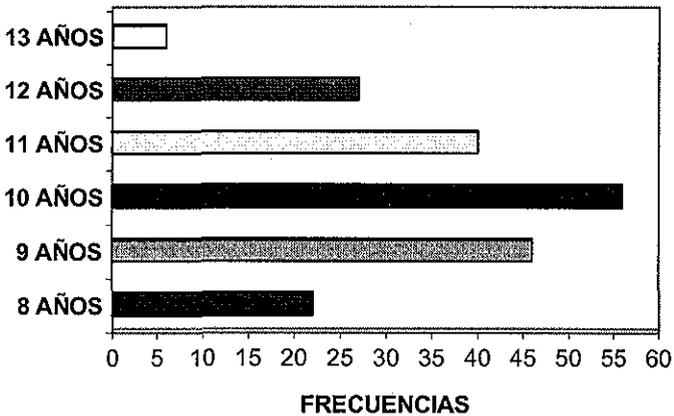


DISTRIBUCION "INTERNADO 1" POR EDAD



Gráfica 6

DISTRIBUCION "INTERNADO 2" POR EDAD

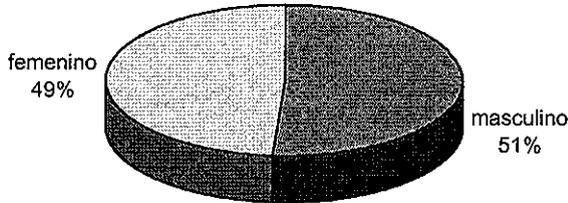


Gráfica 7



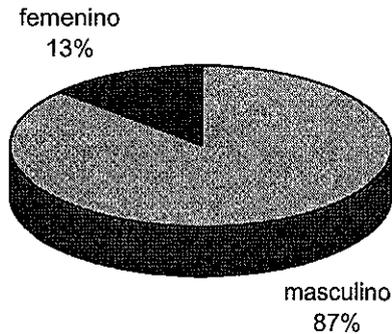
Con respecto al **sexo** el grupo de los niños "no internos" tenía aproximadamente la mitad de varones y de mujeres, mientras que en el del Internado 1 sólo había mujeres y en el grupo del Internado 2 la mayoría eran varones.

DISTRIBUCION POR SEXO "NO INTERNOS"



Gráfica 8

DISTRIBUCION POR SEXO INTERNADO 2

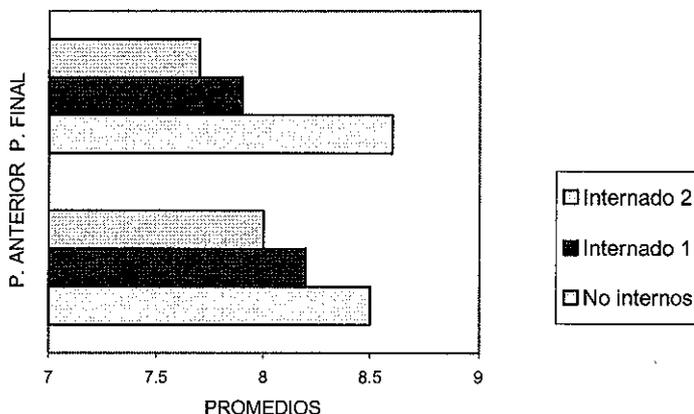


Gráfica 9

En cuanto a los promedios escolares por grupos se observa que los niños internos mantienen en general porcentajes más bajos, que los no internos, tanto en el ciclo escolar que precedió al ciclo en que se aplicaron los tests como en el ciclo que

cursaban cuando contestaron el cuestionario. Además, los niños internos tienden a bajar sus promedios de un ciclo escolar a otro, mientras el grupo de los no internos tiende a subirlos. Esto se puede apreciar en la siguiente gráfica:

PROMEDIOS ESCOLARES POR GRUPOS



Gráfica 10

Por otra parte, los **ingresos** de los niños internos se refieren al número de ciclos escolares en que han sido inscritos los niños dentro de la institución. Cabe recordar que los niños que acuden a estos dos internados lo hacen con el calendario de la SEP, por lo que concurren semanalmente de lunes a viernes a la institución y los fines de semana regresan a casa con sus padres o tutores. El calendario de vacaciones también lo siguen como lo marca la SEP.

Con respecto a éstos se observa que alrededor de un 35% de los niños sólo han tenido un ingreso en el internado (mínimo 6 meses dentro de él, ya que los tests se aplicaron en el segundo semestre del ciclo escolar), seguidos de un 23% que tiene dos ingresos, y finalmente se observa que entre el 17.8 y el 21.6% de los internos han sido inscritos a tres ciclos escolares dentro la institución. La siguiente tabla muestra los porcentajes más detalladamente.

**TABLA 6. PORCENTAJES DE NUMERO DE INGRESOS DE LOS INTERNOS
NO . DE INGRESOS EN LA INSTITUCIÓN**

	1 ingreso	2 ingresos	3 ingresos	4 ingresos	5 ingresos	6 ingresos
Internado 1	34.2%	23%	21.6%	10.4%	6.8%	3.2%
Internado 2	35.5%	24.4%	17.8%	8.1%	8.6%	5.6%

Asimismo se investigaron otras variables demográficas como el estado civil de los padres, su escolaridad, el número de hermanos con los que vive, el lugar que ocupa el niño entre sus hermanos, y si viven por lo menos con un abuelo, tío o primo. Por razones administrativas en algunos casos no se pudo obtener la información completa, por lo que se registró como "no se sabe".

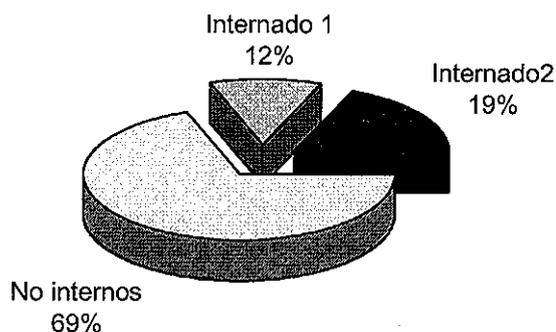
Con respecto a la **estructura familiar** de los niños internos, se observa que los padres de la mayoría de los niños se encuentran separados por diversas razones, como por ejemplo que nunca se casaron ni vivieron juntos (padre o madre soltero), porque se separaron, por abandono o muerte de alguno o ambos padres. La mayor parte de los niños viven sólo con su madre, a comparación con los niños que acuden diariamente a la escuela y viven en sus hogares, que viven con mamá y papá. En la siguiente tabla se observan los porcentajes de los datos obtenidos:

TABLA 7. PORCENTAJE DE NIÑOS VIVEN Y NO VIVEN CON SUS PADRES Y MADRES

	Sí vive con papá	No vive con papá	No se sabe	Sí vive con mamá	No vive con mamá	No se sabe
No internos	60.5%	14.2%	25.3%	71%	3.7%	25.3%
Internado 1	18.4%	80.3%	1.3%	85.7%	13.0%	1.3%
Internado 2	24.9%	75.1%	-	86.8%	13.2%	-

En la gráfica que sigue se representa el porcentaje de padres de cada escuela que sí viven juntos, es decir, que forman familias estructuradas.

PROMEDIO DE PORCENTAJES DE PADRES QUE VIVEN JUNTOS



Gráfica 11

Los datos sobre el estado civil de los padres muestran que en el grupo control, por lo menos el 58% de los padres se encuentran casados o viven juntos, a diferencia de los padres de las niñas del internado 1 que mantienen esta condición sólo aproximadamente un 7% de ellos, y de los niños del internado 2, cuyo porcentaje se encuentra alrededor del 11%. Las tablas 9 y 10 muestran más detalles.

TABLA 9. DESCRIPCION DEL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS

	Padre soltero (separado)	Casado (viven juntos)	Separado	Unión libre (viven juntos)	Viudo	Finado	No se sabe
No internos	.6%	59.3	13.0%	-	.6%	-	26.5%
Internado 1	31.4%	7.2%	48%	3.1%	.9%	8.1%	1.3%
Internado 2	27.9%	11.2%	48.2%	4.6%	2.5%	5.6%	-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 10. DESCRIPCION DEL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS

	Madre soltera (separada)	C a s a d a (viven juntos)	Separada	Unión libre (viven juntos)	v i u d a	F i n a d a	No se sabe
No internos	1.2%	58.6%	12.3%	-	-	.6%	27.2%
Internado 1	33.2%	6.7%	46.6%	3.1%	7.2%	1.8%	1.3%
Internado 2	28.4%	11.2%	47.7%	4.6%	6.1%	2.0%	-

En cuanto a la **escolaridad de los padres**, la información no es completa ya que faltaba la información de los expedientes, sin embargo se puede observar que los papás del grupo control tienen más alto nivel de estudios, pues al menos un 5.6% de los padres llegaron a la universidad, un 9.3% alcanzaron algún grado de bachillerato, un 25% tienen algún grado de secundaria y un 16% algún grado de primaria. Son porcentajes altos en comparación a los que se encontraron para los padres de los niños internos, como se puede ver en la tabla 11.

TABLA 11. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

ESCOLARIDAD	Padres no internos	Madres no internos	Padres internado 1	Madres internado 1	Padres internado 2	Madres internado 2
No se sabe	42.6%	37.7%	61.4%	13.5%	62.4%	10.2%
Primaria	16%	16.0%	15.2%	40.4%	14.7%	40.1%
Secundaria	25.3%	26.5%	16.1%	26%	12.2%	27.9%
Comercio	-	4.9%	-	7.6%	.5%	5.1%
Bachillerato	9.3%	8.6%	4.0%	7.2%	3.6%	6.1%
Técnica	.6%	8.6%	.9%	3.6%	2.0%	4.6%
Universidad	5.6%	1.9%	1.3%	.9%	2.0%	2.0%
Vocacional	.6%	.6%	-	.4%	.5%	-
Profesor (a)	-	1.2%	-	-	-	-
No tiene	-	-	.9%	.4%	2.0%	4.1%

Por otra parte, con respecto al **número de hermanos con los que viven**, se observa que los tres grupos presentan una media de 2. En lo que se refiere al **lugar que ocupan entre sus hermanos**, como se puede observar en la tabla 12, se encuentra que la mayoría de los niños de ambos internados ocupan el 1er lugar entre sus hermanos. Además la información del análisis descriptivo encuentra que el 27.7 % del internado 1 , al parecer son hijos únicos, así como el 14.2% dentro del internado 2.

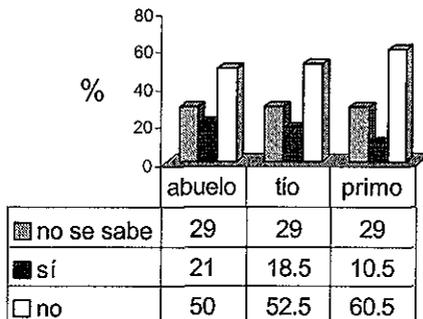
TABLA 12 . LUGAR QUE OCUPAN ENTRE SUS HERMANOS

	1er lugar	2do lugar	3er lugar	4º lugar	5º lugar
No internos	41.1%	33.0%	17.0%	4.5%	2.7%
Internado 1	42.8%	25.1%	17.0%	4.7%	4.7%
Internado 2	36.0%	29.7%	19.0%	8.2%	4.1%

Finalmente, en el cuestionario sobre variables demográficas se investigó si el niño o niña viven en familias extendidas con mínimo un **abuelo, tío o primo**, o únicamente con sus familias nucleares. Se encontró lo siguiente:

En el grupo de niños no internos, al menos un 21% viven con un abuelo y un 18.5% viven con algún tío. Del 30% de esta muestra no se consiguió la información.

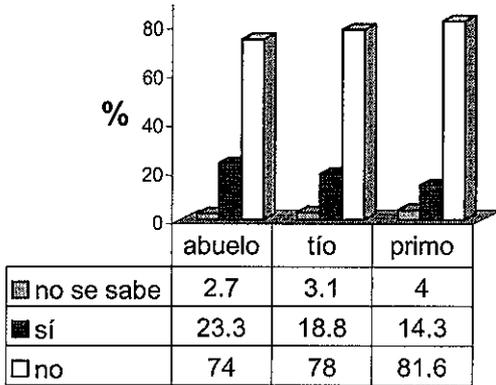
**OTROS FAMILIARES QUE VIVEN EN CASA
"NO INTERNOS"**



Gráfica 12

La información es parecida a la del internado 1 donde se encontró que alrededor del 20% de los niños viven con un abuelo, tío o primo:

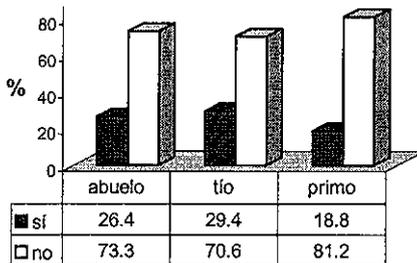
**OTROS FAMILIARES QUE VIVEN EN CASA
"INTERNADO 1"**



Gráfica 13

Finalmente en la gráfica 11 se observa que en el Internado 2 el porcentaje de los niños que viven en familias extendidas es ligeramente mayor que en el Internado 1.

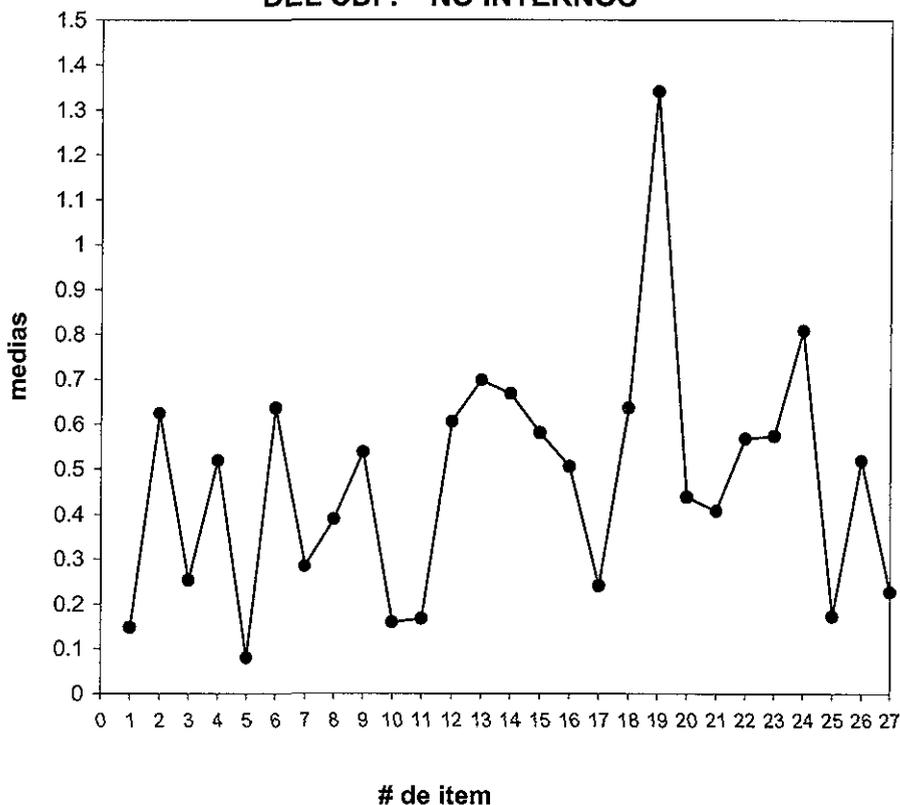
**OTROS FAMILIARES QUE VIVEN EN CASA
"INTERNADO 2"**



Gráfica 14

En la **tercera fase** del análisis se realizó una **descripción de los resultados de depresión**, con los puntajes obtenidos en las calificaciones del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI). Las gráficas 12, 13 y 14 muestran las puntuaciones medias obtenidas de cada reactivo del CDI por grupo. En ellas se puede observar que el grupo de los niños "no internos" presentan menores puntuaciones medias en sus reactivos que los dos grupos de "niños internos".

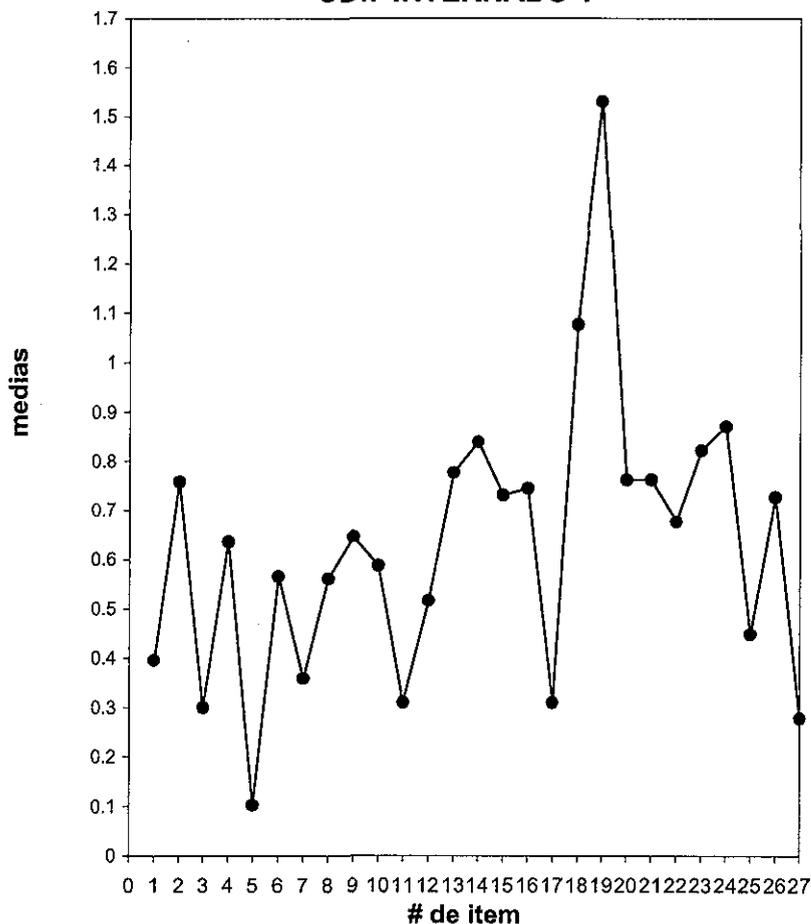
PUNTUACIONES MEDIAS DE LOS REACTIVOS DEL CDI : "NO INTERNOS"



Gráfica 15

Se puede observar que en este grupo de niños "no internos" la mayoría de las medias no son más altas que .07. Únicamente el el item 24 tiene una media de .8 y el item obtuvo la media más alta, de 1.34. La media de este item 19 (preocupación somática) se manifiesta alta en los tres grupos.

PUNTUACIONES MEDIAS DE LOS REACTIVOS DEL CDI: "INTERNADO 1"

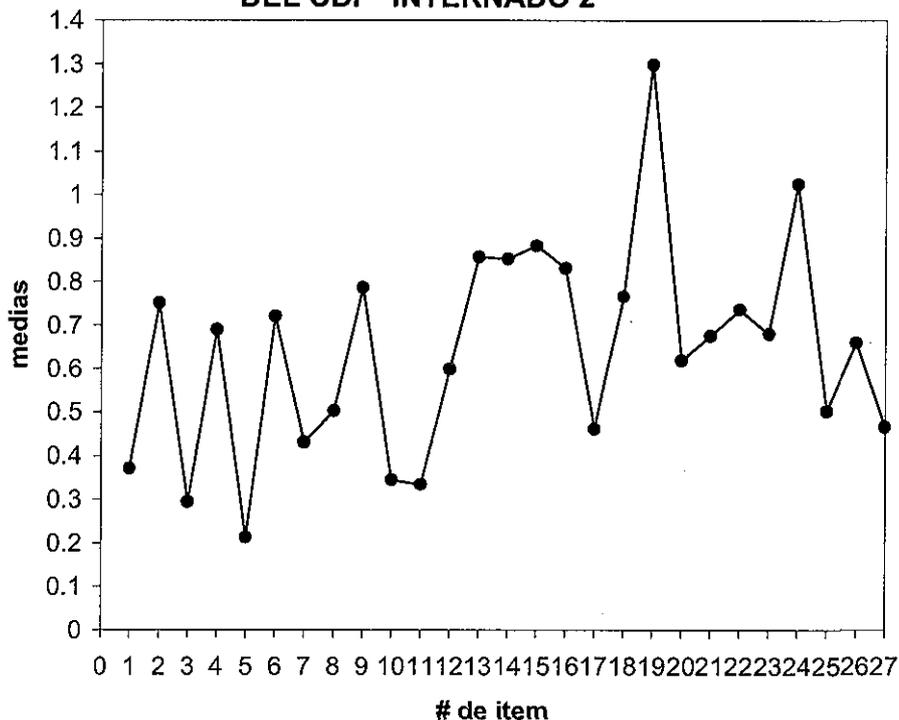


Gráfica 16

En esta gráfica se observa que las medias de los ítems ascendieron, mostrando sólo el ítem 5 debajo del 0.3. La mayoría de las puntuaciones se encuentran entre el 0.3 y el 0.9. Obsérvese que arriba del 0.7 se encuentran los reactivos 2, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 24 y 26.



PUNTUACIONES MEDIAS DE LOS REACTIVOS DEL CDI "INTERNADO 2"

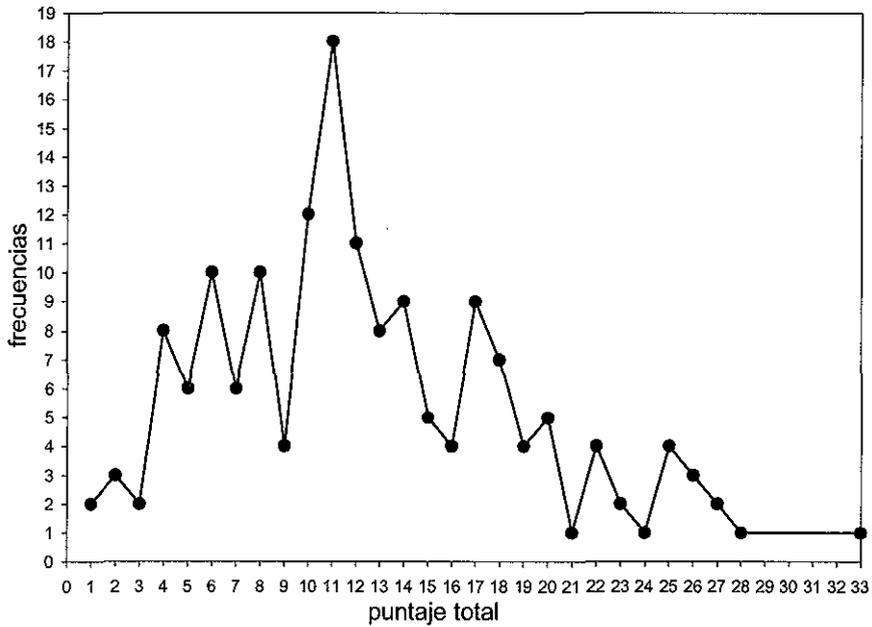


Gráfica 17

También en esta gráfica se observa que la mayoría de las medias de los items se encuentran entre el 0.3. y el 0.9. Arriba del 0.7 se observan las medias de los items 2, 6, 9, 13, 14, 15, 16, 18, 19 y 22.

Ahora bien, en las siguientes gráficas se observan las puntuaciones totales de depresión por cada grupo:

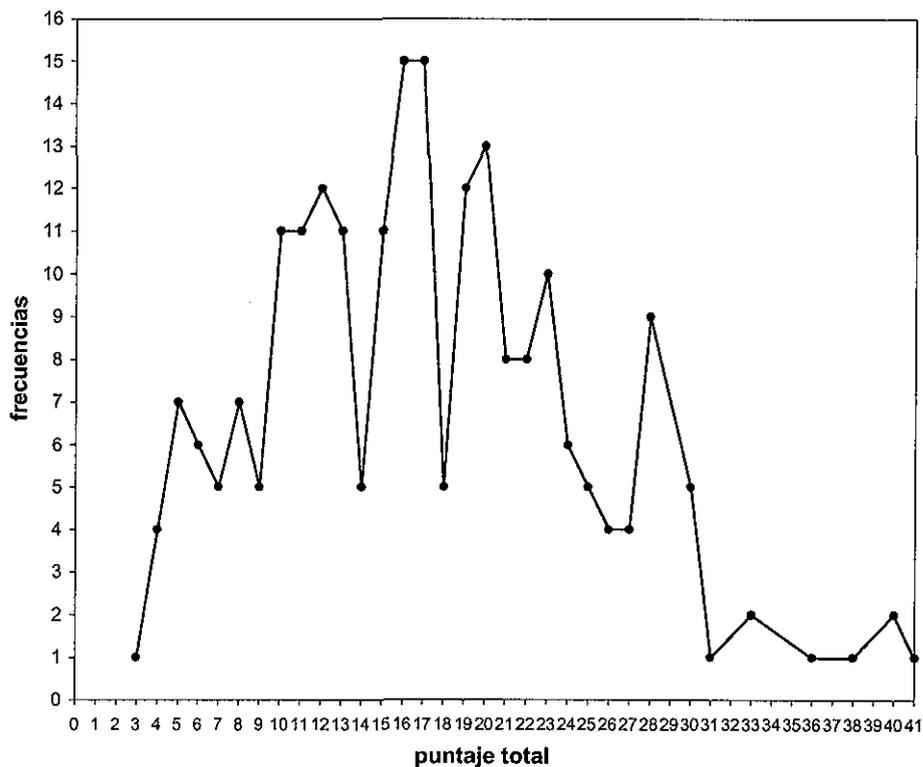
**PUNTUACIONES TOTALES DEPRESION GRUPO
"NO INTERNOS"**



Gráfica 18

La **media del puntaje total** de este grupo fue de **12.593**. Su desviación estándar fue de 6.426. Los puntajes totales abarcan un rango del 1 al 33.

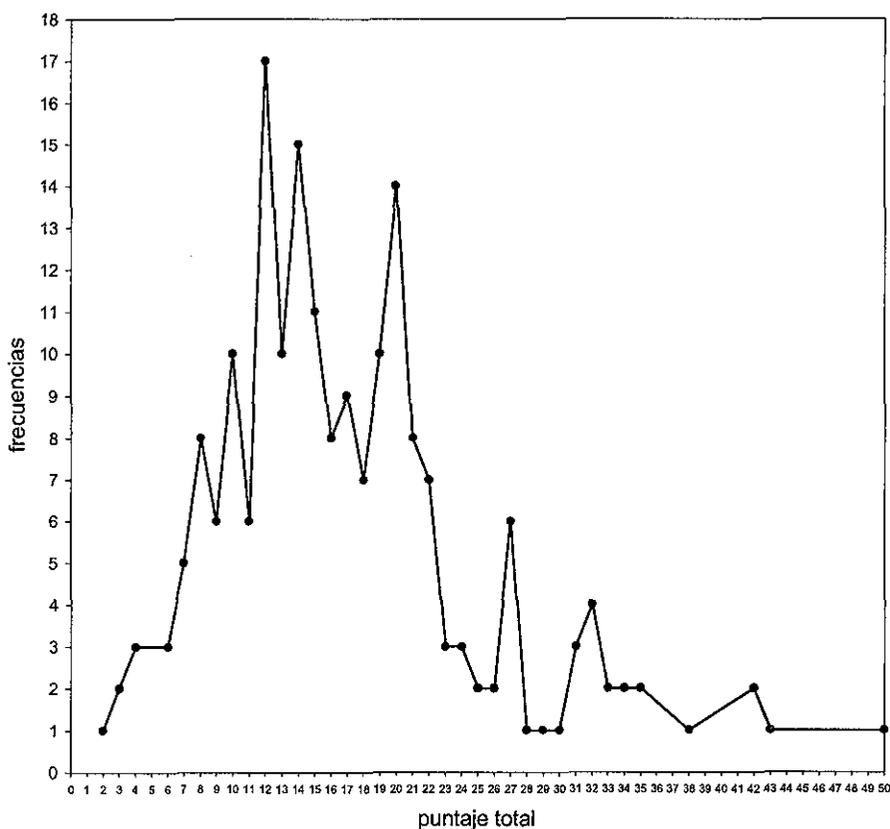
PUNTUACIONES TOTALES DE DEPRESION "INTERNADO 1"



Gráfica 19

La **media del puntaje total** de este grupo fue de **17.045**. Su desviación estándar fue de **7.588**. Obsérvese que los puntajes totales abarcan un rango del 3 al 41.

PUNTUACIONES TOTALES DE DEPRESION "INTERNADO 2"



Gráfica 20

La **media del puntaje total** de este grupo fue de **17.244**. Su desviación estándar fue de 8.213. Obsérvese que los puntajes totales abarcan un rango del 2 al 50.

Las medias de las puntuaciones de cada subescala y puntuaciones totales arriba mencionadas por grupo, se representan en las tablas 13, 14 y 15, observándose claramente puntuaciones mayores en ambos grupos de internos.

TABLA 13. PUNTUACIONES DE DEPRESION: GRUPO "NO INTERNOS"

	\bar{X}	S
ESCALA A: estado de ánimo negativo	2.19	1.81
ESCALA B: problemas interpersonales	1.31	1.27
ESCALA C: bajo rendimiento	2.22	1.69
ESCALA D: anhedonia	4.64	2.69
ESCALA E: baja autoestima	2.24	1.49
PUNTAJE TOTAL CDI	12.59	6.43

TABLA 14. PUNTUACIONES DE DEPRESION: GRUPO "INTERNADO 1"

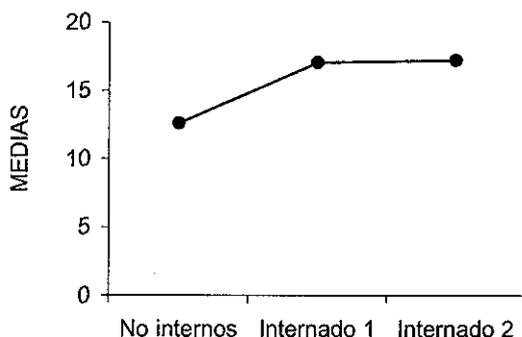
	\bar{X}	S
ESCALA A: estado de ánimo negativo	3.19	2.44
ESCALA B: problemas interpersonales	1.59	1.35
ESCALA C: bajo rendimiento	2.72	1.72
ESCALA D: anhedonia	6.44	2.86
ESCALA E: baja autoestima	3.05	2.03
PUNTAJE TOTAL CDI	17.05	7.59

TABLA 15. PUNTUACIONES DE DEPRESION : GRUPO "INTERNADO 2"

	\bar{X}	S
ESCALA A: estado de ánimo negativo	3.13	2.52
ESCALA B: problemas interpersonales	1.88	1.77
ESCALA C: bajo rendimiento	2.83	1.70
ESCALA D: anhedonia	6.02	2.96
ESCALA E: baja autoestima	3.33	2.07
PUNTAJE TOTAL CDI	17.24	8.21

En la siguiente gráfica se observa cómo ascienden las medias de las puntuaciones totales en los niños internos.

PUNTUACIONES TOTALES DE DEPRESION



Gráfica 21

En la **cuarta fase** del análisis estadístico, una vez obtenida la información anterior se procedió a la **comparación de resultados de síntomas de depresión entre grupos** con respecto al **puntaje total de depresión y puntaje por escala A, B, C, D y E** del CDI. Esto se realizó primero con el **análisis de varianza unidireccional (oneway)**. Las tablas 16, 17, 18, 19, 20 y 21 muestran los análisis de relaciones entre los tres grupos. Posteriormente se hizo la comparación con la **prueba t de student** dividiendo a la muestra en dos grupos.

En el análisis de varianza entre el grupo de los internos, el Internado 1 y el internado 2 con respecto al puntaje total de depresión se encontró que sí existen diferencias significativas entre los dos grupos de niños internos con respecto al de los niños no internos.

TABLA 16. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS CON RESPECTO AL PUNTAJE TOTAL DE DEPRESION

GRUPO	Media	Desviación Estándar	F	Significancia de F	Post. hoc
Grupo 0: No internos	12.5926	6.4264	21.4523	.0000	* Grupo 1 y 2 con respecto al Grupo 0
Grupo 1: Internado 1	17.0448	7.5878			
Grupo 2: Internado 2	17.2437	8.2134			

* Diferencias significativas

Asimismo, como se puede observar en la tabla que sigue, existen diferencias significativas en las puntuaciones de la escala A en los dos grupos de niños internos con respecto al de no internos.

TABLA 17. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA A: ESTADO DE ANIMO NEGATIVO

GRUPO	Media	Desviación Estándar	F	Significancia de F	Post. hoc
Grupo 0: No internos	2.1914	1.8059	10.3226	.0000	* Grupo 1 y 2 con respecto al Grupo 0
Grupo 1: Internado 1	3.1883	2.4422			
Grupo 2: Internado 2	3.1320	2.5239			

* Diferencias significativas

También se observan diferencias significativas en el grupo 2 de niños internos con respecto al grupo de no internos en cuanto a la escala de problemas interpersonales.

TABLA 18. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA B: PROBLEMAS INTERPERSONALES

GRUPO	Media	Desviación Estándar	F	Significancia de F	Post. hoc
Grupo 0: No internos	1.3086	1.2722	6.6960	.0013	* Grupo 2 con respecto al Grupo 0
Grupo 1: Internado 1	1.5874	1.3457			
Grupo 2: Internado 2	1.8832	1.7704			

* Diferencias significativas

Asimismo se encontraron diferencias significativas en cuanto al rendimiento en los grupos de niños internos con respecto al de los no internos.

TABLA 19. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA C: BAJO RENDIMIENTO

GRUPO	Media	Desviación Estándar	F	Significancia de F	Post. hoc
Grupo 0: No internos	2.2222	1.6940	6.9361	.0011	* Grupo 1 y 2 con respecto al Grupo 0
Grupo 1: Internado 1	2.7220	1.7226			
Grupo 2: Internado 2	2.8731	1.7021			

*Diferencias significativas

Se encontraron diferencias significativas en la escala de anhedonia en los grupos de internos con respecto al de no internos.

TABLA 20. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA D: ANHEDONIA

GRUPO	Media	Desviación Estándar	F	Significancia	Post. hoc
Grupo 0: No internos	4.6420	2.6995	19.6720	.0000	* Grupo 1 y 2 con respecto al Grupo 0
Grupo 1: Internado 1	4.4439	2.8625			
Grupo 2: Internado 2	6.0254	2.9562			

*Diferencias significativas

Finalmente la tabla 21 muestra diferencias significativas en la escala de "baja autoestima" en los grupos de internos con respecto al grupo de niños no internos.

TABLA 21. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS EN LA ESCALA E: BAJA AUTOESTIMA

GRUPO	Media	Desviación Estándar	F	Significancia de F	Post. hoc
Grupo 0: No internos	2.2346	1.4893	15.5994	.0000	* Grupo 1 y 2 con respecto al Grupo 0
Grupo 1: Internado 1	3.0493	2.0251			
Grupo 2: Internado 2	3.3350	2.0750			

*Diferencias significativas

Estas tablas muestran que sí existen diferencias significativas en cuanto a depresión en los niños de los Internados 1 y 2 con respecto al grupo de los niños no internos en todas las escalas excepto en la B (relaciones interpersonales), en donde las diferencias significativas se encuentran en el grupo de niños del Internado 2 únicamente. Las diferencias significativas muestran puntajes más altos en los dos grupos de los niños internos.

Como se mencionó anteriormente también se utilizó la **prueba t de student** para comparar los puntajes totales y puntajes por escala del CDI entre dos grupos: "internos" y "no internos". Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a los puntajes totales y por escalas, obteniendo mayores puntuaciones los niños internos. Esto se presenta en las siguientes tablas:

TABLA 22. COMPARACION DE PUNTAJES TOTALES DE DEPRESION EN "INTERNOS" Y "NO INTERNOS"

GRUPO	MEDIAS	DIFERENCIA DE MEDIAS	VALOR T	SIGNIFICANCIA
No Internos	12.5926	-4.5455	-7.16	.0000
Internos	17.13181			

TABLA 23. COMPARACION DE PUNTAJES DE DEPRESION POR ESCALA EN "INTERNOS" Y "NO INTERNOS"

ESCALA	GRUPO "NO INTERNOS"		GRUPO "INTERNOS"		DIFERENCIA DE MEDIAS	valor t	significancia
	X	S	X	S			
ESCALA A: estado de ánimo negativo	2.1914	1.806	3.1619	.55	-.9705	-5.21	.000
ESCALA B: problemas interpersonales	1.3086	1.272	1.7262	1.564	-.4175	-3.03	.003
ESCALA C: bajo rendimiento	2.2222	1.694	2.7929	1.713	-.5706	-3.61	.000
ESCALA D: Anhedonia	4.6420	2.699	6.2476	2.911	-1.6056	-6.08	.000
ESCALA E: baja autoestima	2.2346	1.489	3.1833	2.051	-.9488	-6.16	.000

Posteriormente se hizo un **análisis de varianza** para comparar los puntajes totales y por escala sólo entre los "niños internos", utilizando dos grupos: "Internado 1" e "Internado 2". No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales CDI entre estos dos grupos como se puede apreciar en la tabla que sigue.

TABLA 24. ANALISIS DE LA RELACION ENTRE LAS PUNTUACIONES TOTALES DE DEPRESION EN LOS NINOS INTERNOS

GRUPO	Media	Desviación Estándar	F	Significancia de F
Internado 1	17.0448	7.5878	.0665	.7967
Internado 2	17.2437	8.2134		

Tampoco se encontraron diferencias significativas en estos "niños internos" en las puntuaciones por escala.

En la **quinta fase** del análisis estadístico se realizó una **comparación** entre dos grupos para determinar si existen diferencias significativas, **en cuanto a depresión con respecto al sexo**, por lo que se utilizó la "**prueba t**", comparando esta variable primero en la población total y posteriormente entre el grupo de "internos" y "no internos".

En este análisis se compararon las puntuaciones obtenidas en cada ítem, en cada escala así como en los puntajes totales.

Al comparar los puntajes totales del CDI entre los varones y mujeres de toda la muestra, no se encontraron diferencias significativas, como se presenta a continuación:

TABLA 25. COMPARACION DE PUNTAJES TOTALES DE DEPRESION POR SEXO EN TODA LA MUESTRA

SEXO	MEDIAS	DIFERENCIA DE MEDIAS	VALOR T	SIGNIFICANCIA
femenino	16.000	.2913	.45	.654
masculino	15.7087			

Asimismo se encontró que en la comparación en depresión en toda la muestra, sólo se encontraron diferencias significativas en los ítems 5, 9, 10, 17, 18 y 19., tal y como se muestra en la siguiente tabla donde también se anota entre paréntesis la subescala a la que pertenecen dentro del CDI.

**TABLA 26. COMPARACION DE DEPRESION POR SEXO
EN CADA ITEM DE TODA LA MUESTRA**

ITEMS	DIFERENCIAS EN SEXO						Significancia
	FEMENINO		MASCULINO		DIFERENCIA DE MEDIAS	Valor t	
	X	S	X	S			
ITEM 5: mala conducta (Escala B)	.09	.35	.19	.55	-.10	-2.65	.008
ITEM 9: ideación suicida (Escala E)	.60	.62	.74	.65	-.14	-2.72	.007
ITEM 10: ataques de llanto (Escala A)	.47	.82	.28	.64	.18	3.03	.003
ITEM 17: fatiga (Escala D)	.26	.63	.44	.73	-.17	-3.03	.003
ITEM 18: pérdida del apetito (Escala D)	.96	.89	.70	.88	.25	3.45	.001
ITEM 19: preocupación somática (Escala D)	1.47	.72	1.30	.79	.18	2.79	.006

Lo anterior muestra que los varones tienen puntuaciones significativas más altas en cuanto a: "mala conducta", "ideación suicida" y "fatiga". Mientras que las mujeres tienen más altas puntuaciones en los ítems de "ataques de llanto, pérdida del apetito y preocupación somática".

Por otro lado no se encontraron diferencias significativas en depresión con respecto al sexo en ninguna de las subescalas del instrumento, en esta comparación global de la muestra.

En la **sexta fase** del análisis, se juntaron los grupos de "internos" y luego se compararon con los "no internos" para ver si existen diferencias significativas en depresión por sexo entre internos y no internos. Para lograrlo, primero se analizó por separado el grupo de los "no internos" y luego el de los "internos", para proceder a la comparación entre estos dos grupos.

Se encontró que en el grupo de "no internos" existen diferencias significativas sólo en el ítem 9 como se puede ver en la tabla 26. Los varones tienen puntuaciones altas con respecto a las mujeres en el ítem de "ideación suicida".

Al igual que en el análisis anterior, tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo en ninguna subescala del instrumento.

TABLA 26. COMPARACION DE DEPRESION POR SEXO EN "NO INTERNOS"

ITEMS	DIFERENCIAS EN SEXO				DIFERENCIA DE MEDIAS	valor t	Significancia
	FEMENINO		MASCULINO				
	X	S	X	S			
ITEM 9: ideación suicida (Escala E)	.44	.57	.63	.53	-.18	-2.11	.036

Llama la atención que al realizar la comparación de depresión por sexo sólo entre los "niños internos", se encontraron diferencias significativas en más reactivos. Estos fueron los ítems 5, 9, 10, 17, 18, 19, y 24 así como en la escala B, que evalúa "problemas interpersonales". La tabla 27, muestra que los varones obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en los reactivos de "mala conducta", "ideación suicida" "fatiga" y "autoestima baja", así como en la escala B de "problemas interpersonales". Por otro lado las mujeres muestran diferencias significativamente altas con respecto a los varones en los reactivos "ataques de llanto", "pérdida del apetito", y "preocupación somática". Esto se observa a continuación:

TABLA 27. COMPARACION DE DEPRESION POR SEXO EN "INTERNOS"

ITEMS	DIFERENCIAS EN SEXO				DIFERENCIA DE MEDIAS	valor t	significancia
	FEMENINO		MASCULINO				
	X	S	X	S			
ITEM 5: mala conducta (escala B)	.09	.36	.24	.60	-.14	-2.80	.005
ITEM 9: ideación suicida (escala E)	.65	.62	.80	.69	-.15	-2.32	.021
ITEM 10: ataques de llanto (escala A)	.55	.86	.36	.71	.20	2.57	.011
ITEM 17: fatiga (escala D)	.30	.66	.50	.75	-.20	-2.89	.004
ITEM 18: pérdida del apetito (escala D)	1.08	.88	.71	.88	.37	4.17	.000

DIFERENCIAS EN SEXO							
ITEMS	FEMENINO		MASCULINO		DIFERENCIA DE MEDIAS	valor t	significancia
	X	S	X	S			
ITEM 19: preocupación somática (escala D)	1.51	.69	1.29	.80	.23	3.01	.003
ITEM 24: autoestima baja (escala E)	.88	.69	1.03	.66	-.15	-2.31	.021
ESCALA B "PROBLEMAS INTERPERSONALES"	1.58	1.31	1.93	1.85	-.35	-2.15	.032

Por lo anterior, se observa que no existen diferencias significativas en los puntajes totales de depresión medida con el CDI con respecto al sexo en los niños internos, aunque sí se encontraron diferencias significativas al nivel de escala y algunos items que ya se mencionaron.

En la séptima fase del análisis estadístico se realizó una comparación de las puntuaciones totales del CDI para ver si se encontraban diferencias significativas con respecto al número de ingresos, es decir, el número de ciclos escolares a los que han sido inscritos en la institución, que abarca de uno a seis ingresos. Un ingreso indica que un niño ha sido inscrito una vez en el internado para cursar algún grado de primaria, por lo que ha estado como interno mínimo seis meses.

La comparación se realizó con el análisis de varianza unidireccional (oneway), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del CDI con respecto al número de ingresos, como se presenta en la tabla que sigue:

TABLA 28. COMPARACION DE LOS PUNTAJES TOTALES DE DEPRESION CON RESPECTO AL NUMERO DE INGRESOS EN LOS NIÑOS INTERNOS

FUENTE DE VARIACIÓN	SUMAS DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	RAZON F	SIGNIFICANCIA DE "F"
Entre grupos	498.3260	5	1.6127	.1554
Intragrupos	25400.2400	411		
Total	25868.5659	416		

En una octava fase de este análisis se compararon los puntajes totales del CDI y los puntajes por escala, por grupos de edades para ver si se encontraban diferencias significativas entre ellos.

Se compararon 4 grupos. En este análisis se compararon las puntuaciones obtenidas en cada escala de la prueba así como en los puntajes totales. Se dividió a la variable edad en cuatro grupos: de 7 a 8 años, de 9 a 10 años, de 11 a 12 años y de 13 a 14 años.

La comparación se realizó con el **análisis de varianza unidireccional (oneway)**, encontrándose algunas diferencias estadísticamente significativas en las escalas B (PROBLEMAS INTERPERSONALES), C (BAJO RENDIMIENTO), y E (BAJA AUTOESTIMA), así como en el PUNTAJE TOTAL, tal y como se presenta en las tablas que siguen:

TABLA 29. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDAD EN LA ESCALA B: PROBLEMAS INTERPERSONALES

GRUPO	Media	F	Sig.de F	Post. hoc
Grupo 1: De 7 a 8 años	1.1139	5.2470	.0014	* Grupo 2, 3 y 4 con respecto al Grupo 1
Grupo 2: De 9 a 10 años	1.5571			
Grupo 3: de 11 a 12 años	1.8276			
Grupo 4: De 13 a 14 años	2.1000			

* Diferencias significativas

TABLA 30. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDAD EN LA ESCALA C: BAJO RENDIMIENTO

GRUPO	Media	F	Sig.de F	Post. hoc
Grupo 1: De 7 a 8 años	1.9873	6.0260	.0005	* Grupo 2, 3 y 4 con respecto al Grupo 1
Grupo 2: De 9 a 10 años	2.6000			
Grupo 3: de 11 a 12 años	2.8719			
Grupo 4: De 13 a 14 años	3.2500			

* Diferencias significativas

TABLA 31. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDAD EN LA ESCALA E: BAJA AUTOESTIMA

GRUPO	Media	F	Sig.de F	Post. hoc
Grupo 1: De 7 a 8 años	2.2278	5.9379	.0005	* Grupo 2, 3 y 4 con respecto al Grupo 1
Grupo 2: De 9 a 10 años	2.8893			
Grupo 3: de 11 a 12 años	3.1330			
Grupo 4: De 13 a 14 años	3.9000			

* Diferencias significativas

TABLA 32. ANALISIS DE LA COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDAD CON RESPECTO AL PUNTAJE TOTAL DEL CDI.

GRUPO	Media	F	Sig.de F	Post. hoc
Grupo 1: De 7 a 8 años	13.7089	3.2672	.0210	* Grupo 2 y 4 con respecto al Grupo 1
Grupo 2: I De 9 a 10 años	16.0036			
Grupo 3: de 11 a 12 años	16.2365			
Grupo 4: De 13 a 14 años	18.9000			

* Diferencias significativas

En la última fase del análisis de este trabajo se marcó un punto de corte para establecer la discriminación entre niños con elevados niveles de sintomatología depresiva, con respecto al puntaje total obtenido. Este punto de corte fue 19, que ha sido repetidamente utilizado por otros investigadores (Friedman y Butler, Kovacs, Polaino y Domenech, citados por Del Barrio, 1994).

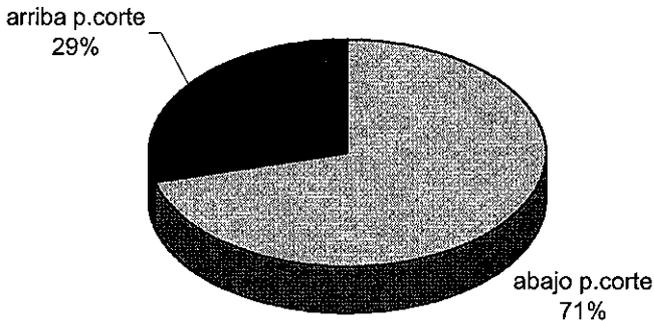
Se dividió a la muestra en niños internos y no internos. Se utilizó la técnica de tablas cruzadas para ver la distribución de porcentajes con dos variables entrecruzadas, cuando el punto de corte era igual a 19.

Se obtuvo la siguiente información:

- El 70.8% de la población total obtuvo una puntuación menor o igual al punto de corte 19, y el 29.2% se encuentra por arriba del punto de corte. Esto

supone, según el criterio utilizado que el 29.2% de los sujetos evaluados presentan síntomas depresivos, como lo muestra la siguiente gráfica:

PORCENTAJES DE POBLACION TOTAL CON RESPECTO AL PUNTO DE CORTE



Gráfica 21

Con respecto a los niños no internos, se observa que el 85.2% tuvo puntuaciones menores o iguales a 19; mientras que el 14.8% tuvo puntuaciones mayores a 19, es decir, que aparentemente son los que presentan síntomas depresivos.

Con respecto a los niños internos, el 65.2% se encuentran dentro o debajo del punto de corte, mientras el 34.8 % se encuentra arriba. Esto quiere decir que el 34% de los niños internos presenta síntomas depresivos.

Asímismo se observa que considerando los porcentajes con respecto a la población total, casi todos los que se encuentran por arriba del punto de corte son los niños internos, y corresponden al 25.1% de la población, en comparación con el 4.1%, que pertenecen el grupo de los no internos.

Con respecto a los sujetos que están por abajo del punto de corte, se observa que hay una mayor proporción de los internos, y corresponde al 66.5% de la población que se encuentra por abajo del punto de corte. Sin embargo se observa que entre los sujetos cuya puntuación se encuentra por arriba del punto de corte, la diferencia entre los grupos es considerable ya que la gran mayoría: el 85.9% de esa población corresponde a los internos, como se observa a continuación:

TABLA 33. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS CON RESPECTO A PUNTOS DE CORTE

	SUJETOS DEBAJO DEL PUNTO DE CORTE	SUJETOS ARRIBA DEL PUNTO DE CORTE
GRUPO NO INTERNOS	33.5%	14.1%
GRUPO INTERNOS	66.5%	85.9 %
TOTAL	100	100

Finalmente, con la prueba Ji cuadrada, se observa que sí existen diferencias significativas al .000 entre el nivel de severidad en los síntomas depresivos, dependiendo del punto de corte 19, entre el grupo de los internos y el grupo de los no internos.

CAPITULO VII

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En el presente trabajo se hizo un acercamiento al estudio de la depresión infantil, mediante el Cuestionario de Depresión Infantil versión mexicana (CDI) (Villegas y Varela, inédito), comparando niños institucionalizados con niños que viven en sus hogares de origen. Los objetivos del trabajo se cumplieron, y la mayoría de las hipótesis de investigación propuestas se cumplieron, como se irá viendo a lo largo de esta discusión.

Como ya se ha mencionado para efectos de este trabajo, los niños institucionalizados son aquellos que por diversas causas como separación familiar, muerte de algún padre, abandono, problemas económicos, padres solteros, etc., viven separados de sus padres, en instituciones tales como orfanatorios, casas hogar, internados.

Se ha dicho también que numerosos autores e investigadores coinciden en que estos niños viven con carencias afectivas importantes que tienen implicaciones negativas para el desarrollo de su personalidad. (Calderón, 1985; Boy y Casco, 1985; Suman, 1986; Merum, Schene y Koops, 1990; Agarwal, 1991; Leary, 1993; Martínez, 1991; Monroy y Moreno, 1994; Rangel, 1995; Mattison et al, 1990, entre otros)

Son ya bastante conocidos los cuadros patológicos son descritos por Spitz (1990) en niños que durante el primer año de vida que habían sufrido una privación parcial de su figura materna. Estos cuadros a los que llamó "depresión anaclítica" y "hospitalismo" rebelaron que los niños pueden sufrir depresiones causadas por separaciones de sus figuras maternantes. Spitz considera que los síntomas del síndrome del hospitalismo se producen por un factor de tensión provocado por la privación emocional.

La privación y separación de los seres queridos en un niño en desarrollo, puede ocasionarle experiencias traumáticas relacionadas con estrés y ansiedad. Esto repercute, dependiendo de la forma en que es vivida la experiencia, y de la manera en que los adultos cercanos procuren un apoyo reconfortante al niño o por el contrario, no tengan la sensibilidad para atender y escuchar lo que necesita, en su desarrollo físico, psicológico, social.

La autora piensa que el estrés ante una separación de un ser querido es intensificado cuando el niño es colocado en un lugar extraño y cuidado por una sucesión de múltiples personas, como han experimentado los niños institucionalizados.

Si bien los niños estudiados en la muestra aparentemente no viven una separación permanente de sus familias, pues acuden al internado de lunes a

viernes, regresando con sus familiares durante los fines de semana y vacaciones según lo marca el calendario de la Secretaría de Educación Pública (S.E.P) La autora considera que estas separaciones también implican una ruptura o alteración del vínculo de los niños con sus figuras paternas, lo cual puede generar también ansiedad, aflicción, estrés, y dar lugar a trastornos emocionales, como pueden ser síntomas depresivos, que claramente se observan en estos niños, tanto en su conducta como en sus expresiones verbales o no verbales.

Entre las consecuencias más importantes que los investigadores han reportado ante la privación y separación están los síntomas de la depresión infantil. Estos parecen ser muy comunes en el comportamiento de los niños institucionalizados. como lo señalan Provence (1991); Bowlby, (1980); Mancilla(1994).

Los indicadores de enfermedad depresiva para efectos de esta prueba son los señalados en el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, del DSM IV (A.P.A, 1995), que incluyen: infelicidad, tristeza, desesperanza, pérdida de apetito, desórdenes en el sueño, enlentecimiento de movimientos o agitación, pérdida de placer, pérdida de energía, baja autoestima, concentración disminuida y pensamientos o acciones suicidas. No necesitan estar presentes todos los síntomas , pero al menos cinco de estos para el episodio depresivo mayor. Además, un niño deprimido generalmente muestra dificultades en su comportamiento en la escuela. Otros signos son sentimientos de culpa, pérdida de interés en la vida, quejas sobre enfermedad física, ansiedad al separarse de una persona amada, cosa o lugar, soledad, inquietud, mal humor, irritabilidad y sentimientos de indefensión. (Cytryn, L. y Mc Knew, D., 1996)

Los síntomas antes descritos se observan con frecuencia en los niños institucionalizados, por lo que en el presente estudio se describe y se hace una interpretación y comparación del trastorno depresivo en niños, entre niños institucionalizados y no institucionalizados. También se comparan las puntuaciones de depresión en ambos sexos, así como por grupos de edad y de ciclos de institucionalización.

Esto se hace por medio de las puntuaciones obtenidas en los cinco factores del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), de Kovacs y Beck, y del puntaje total. Se consideran en el CDI son: A:Estado de Animo Negativo, B: Problemas Interpersonales, C: Bajo Rendimiento, D: Displacer o Desinterés y E: Baja Autoestima (Kovacs, 1990).

° Ya que el CDI es una prueba que apenas está siendo estandarizada para niños mexicanos (Villegas y Varela, comunicación oral) y aún no se conocen sus resultados, se realizó antes que nada el Análisis de Confiabilidad para determinar el puntaje total de todo el instrumento, obteniendo un Alpha de .8092, que indica que la prueba presenta un nivel de estabilidad o consistencia interna aceptable. Este dato coincide con los de la mayoría de las investigaciones, pues se ha visto que aunque su consistencia interna varía en diferentes estudios, los

resultados de investigaciones sobre consistencia interna entre 1983 y 1991, demuestran un rango de coeficientes de confiabilidad entre .71 y .89, lo cual indica una consistencia interna aceptable del instrumento (Kovacs, 1990).

A continuación se señalarán las conclusiones a las que se llegó por medio del análisis estadístico.

El primer objetivo del estudio era ver si existen diferencias significativas en la **severidad de los síntomas del trastorno depresivo** entre de niños institucionalizados, y un grupo control de niños no institucionalizados, el análisis de resultados mostró que sí existen estas diferencias con puntajes más altos en los "niños internos."

Estos resultados coinciden con la investigación de Mancilla (1994), quien también comparó depresión entre niños mexicanos institucionalizados y niños que viven en sus hogares de origen, mediante el Children's Depresión Scale(CDS).

Las medias de las puntuaciones de cada subescala y puntuaciones totales de el CDI indican claramente puntuaciones mayores en ambos grupos de internos. El análisis de varianza entre el grupo de los internos , el Internado 1 y el Internado 2, sí indica diferencias significativas entre los dos grupos de niños internos con respecto al de los niños no internos.

Específicamente con respecto a cada subescala o factor, se vio que existen diferencias significativas en las puntuaciones de la escala A, en el que se agrupan todos aquellos síntomas que tienen que ver con el Estado de Animo Negativo en los dos grupos de niños internos con respecto al de no internos.

También se observaron diferencias significativas sólo de el grupo del internado 2 con respecto a los otros dos en cuanto a la escala B de Problemas interpersonales, es decir, parece que en el Internado 2 mixto, que en su mayoría esta compuesto por varones, los niños tuvieron mayor dificultad en sus relaciones interpersonales que en el Internado 1 de niñas, y que el grupo control.

Asimismo se encontraron diferencias significativas en cuanto al Factor Bajo Rendimiento en los dos grupos de niños internos con respecto al de los no internos , al igual que en la escala de Anhedonia o Desinterés así como en la última escala: Autoestima.

Por otra parte la prueba t de Student señala diferencias significativas en la severidad de síntomas depresivos tanto en puntajes totales como en factores entre los "niños internos" y los "no internos."

La información anterior muestra que sí existen diferencias significativas en cuanto a severidad de síntomas depresivos en los niños de los Internados 1 y 2 con respecto

a los del grupo control. Todas las diferencias significativas muestran puntajes más altos en los dos grupos de los niños internos.

Como dato descriptivo, las medias de los puntajes totales obtenidas son altas con respecto a las medias del CDI que han arrojado otros estudios. "No internos": 12.5926, "Internado 1": 17.0448, "Internado 2": 17.2437. Kovacs (1983) reporta para una muestra de 860 niños de 8 a 14 años de escuelas públicas de Toronto, Canadá, una media de 9.28 (SD=7.30). También cita a Green, quien en 1980 encontró una media casi idéntica de 9.72 (SD=07) para 6320 niños de 12 a 15 años. Estos datos no pueden interpretarse hasta tener la estandarización de la versión mexicana del CDI.

En este análisis se marcó un punto de corte para establecer la discriminación entre niños con elevados niveles de sintomatología depresiva, con respecto al puntaje total obtenido. El punto de corte que se decidió usar fue 19 ya que ha sido repetidamente utilizado por otros investigadores (Friedman y Butler, Kovacs, Polaino y Domenech, citados por Del Barrio, 1994) y Kovacs (1992) lo recomienda para muestras grandes en donde no han sido seleccionados niños depresivos o referidos a clínicas.

Con este criterio se encontró que el 29.2% de los sujetos evaluados presentan síntomas depresivos. Estos datos no coinciden con los de Kovacs (1992), pues según sus investigaciones, se esperaría que alrededor del 12.14% de los sujetos depresivos se encuentren por arriba del punto de corte de 19.

Lo que resulta muy interesante es que al analizar los puntos de corte a los niños no internos, se observa que el 85.2% tuvo puntuaciones menores o iguales a 19; mientras que el 14.8% tuvo puntuaciones mayores a 19, es decir, que aparentemente son los que presentan síntomas depresivos. Esta información concuerda bastante con los datos esperados según los datos sugeridos por Kovacs (1992), pues se esperaría que alrededor de 85.50% de los sujetos se consideren negativos, y como se acaba de mencionar, el 12.14 % se consideren positivos. Al no incluir a los niños institucionalizados la población de niños no internos parece comportarse similar a la de las muestras normales de Kovacs.

Con respecto a los niños internos, el 65.2% se encuentran dentro o debajo del punto de corte, mientras el 34.8 % se encuentra arriba. Esto quiere decir que el 34% de los niños internos presenta síntomas depresivos, lo cual es un porcentaje bastante alto para lo esperado en muestras normales, pero los niños institucionalizados tienen características que los hacen diferentes de los niños que viven en sus hogares, por lo que es muy posible que los resultados corroboren a lo que se plantea en la hipótesis que dice que existen diferencias significativas entre los niños institucionalizados y los que viven en sus hogares con respecto a los síntomas depresivos.

Asimismo se observa también que casi todos los que se encuentran por arriba del punto de corte son los niños internos, y corresponden al 25.1% de la población, en comparación con el 4.1%, que pertenecen al grupo de los no internos. Se encontró también que entre los sujetos cuya puntuación se encuentra por arriba del punto de corte, la diferencia entre los grupos es considerable ya que la gran mayoría: el 85.9% de esa población corresponde a los internos.

Con respecto a la discriminación de los niños que presentan mayor severidad en síntomas depresivos en cuanto a puntajes totales del CDI tomando como punto de corte el 19, se concluye que sí existen diferencias significativas entre el grupo de los internos y el grupo de los no internos.

Hasta ahora, sí parece ser la institucionalización una variable que aumenta los síntomas depresivos en los niños.

El segundo objetivo era detectar si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo con respecto a la variable **sexo**. En este análisis se compararon las puntuaciones obtenidas en cada ítem, en cada escala así como en los puntajes totales.

Al comparar los puntajes totales del CDI entre los varones y mujeres de toda la muestra, no se encontraron diferencias significativas. Lo anterior coincide con los estudios que de Miezitis y cols.; Friedman y Butler; Kovacs; Green; Saylor y cols.; (citados por Polaino-Lorente, 1988) no señalan diferencias significativas en cuanto al sexo en diferentes poblaciones.

Sin embargo existe controversia en las investigaciones que se han realizado con respecto a estas variables. La literatura revela que los resultados en investigaciones con respecto al género han sido inconsistentes. Por ejemplo, algunos investigadores reportan que los varones muestran más altas puntuaciones en el CDI que las niñas (Bartell y Reynolds, 1986; Finch, Saylor y Edwards, 1985; Huntley y cols., 1987; Smucker y cols., 1986; citados por Kovacs, 1992).

Por su parte Finch y Saylor (1985), aunque encontraron diferencias significativas en cuanto al género, reportan que la magnitud de estas diferencias es muy pequeña, en el sentido de que las niñas informaban menos síntomas que los niños. Kovacs (1992) encontró que los varones de la muestra normativa del CDI obtenían puntuaciones totales más altas que las mujeres. Además encontró que hay diferencias significativas en las escalas que miden Problemas Interpersonales, Bajo Rendimiento, y Anhedonia, en las que los varones muestran también puntuaciones más altas. En el presente análisis sí obtuvieron los niños internos puntuaciones significativamente más altas en la escala que mide Problemas Interpersonales, y en un ítem que corresponde a Autoestima. Con estos datos se infiere que las niñas tienen más facilidad para entablar relaciones interpersonales, y expresar verbalmente sus emociones en lugar de actuarlas como tienden a hacer los

niños. Al respecto Moir y Jessel (1992) sugieren que las niñas ahacia los diez años platican, se cuentan secretos, son colaboradoras, si pelean lo hacen con discusiones verbales, y crecen fortaleciendo la comunicación y las relaciones interpersonales. Sus diarios son sobre relaciones humanas. En cambio los niños pelean a golpes y empujones, no argumentan. Su agresión la canalizan en juegos de acción, competencia, dominio y liderazgo.

Kovacs (1992), aplicó el CDI a una muestra clínica de niños y adolescentes diagnosticados con depresión mayor y/o distimia, en el que no encontró diferencias significativas con respecto a edad ni sexo.

De todas maneras, se obtuvieron algunos datos interesantes con respecto a la comparación de los ítems de la prueba. Se encontró que los varones tienen puntuaciones significativas más altas en cuanto a: "mala conducta" (Factor: Problemas interpersonales), "ideación suicida" (Factor: baja autoestima), autoestima (Factor: baja autoestima) y "fatiga" (Factor: Anhedonia, displacer, desinterés). Mientras que las mujeres tienen más altas puntuaciones en los ítems de "ataques de llanto" (Factor: Edo. de ánimo negativo), pérdida del apetito (Factor: Anhedonia) y preocupación somática" (Factor: Anhedonia).

Al analizar si se encontraban diferencias significativas específicamente en cada grupo, se encontró que en el grupo de "no internos" los varones tienen puntuaciones significativamente más altas con respecto a las mujeres únicamente en el ítem de "ideación suicida", que corresponde al factor Baja Autoestima.

Sin embargo, vale la pena mencionar que al realizar la comparación de depresión por sexo sólo entre los "niños internos", se encontraron diferencias significativas en más reactivos. Los varones obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en los reactivos de "mala conducta" (que pertenecen al Factor: problemas interpersonales), "ideación suicida" (Factor: Baja autoestima), "fatiga" (Factor: Anhedonia) y "autoestima baja" (Factor Baja autoestima), así como en la escala B, que es el Factor de "Problemas interpersonales". Por otro lado las mujeres muestran diferencias significativamente altas con respecto a los varones en los reactivos "ataques de llanto" (Factor: estado de ánimo negativo), "pérdida del apetito" (Anhedonia) y "preocupación somática" (Factor: Anhedonia). Parece entonces que la condición de estar internos sí hace diferencias en algunas formas de manifestar conductas que pueden ser síntomas depresivos.

Por el primer análisis de resultados de la muestra total, se puede pensar que los varones tienden a manifestar mayores problemas de conducta y de autoestima, mientras que las mujeres reflejan sus conflictos en su estado de ánimo negativo y Anhedonia. Parece ser que los niños tienen más dificultad en sus relaciones interpersonales que las niñas en cuanto a sus problemas de conducta.

Por el segundo análisis, de la muestra de los "internos", se puede pensar que el hecho de ser un niño institucionalizado sí hace algunas diferencias en la forma de

expresar o manejar los síntomas depresivos. Los varones tienden a presentar más problemas de conducta, y de autoestima, mientras que las mujeres tienden a desarrollar un estado de ánimo negativo, tendencia a llorar, así como a perder el interés en comer o tener preocupaciones sobre su cuerpo (anhedonia).

Estos datos resultan interesantes y de alguna manera coinciden con lo que reportan Smucker, M. y cols. (1986), son respecto a su análisis de datos, pues estos indican que las conductas de acting-out (desobediencia y mala conducta), de los adolescentes varones estaban más altamente correlacionadas con las puntuaciones generales de depresión que las de las adolescentes mujeres. Esas diferencias de género, sin embargo no las observaron en los niños preadolescentes de 3° a 6° grado. Encontraron también que un estado de ánimo disfórico (tristeza, soledad, lloriqueo, preocupación somática) y una imagen negativa de ellas mismas (imagen corporal negativa, sentimientos de odio a sí mismas) se correlacionaban más altamente con puntuaciones totales de depresión para las mujeres (de 3° a 9° grados) tanto preadolescentes como adolescentes, que para los varones de su misma edad. Una posible interpretación que dan es que las mujeres tienden a internalizar la depresión a una edad más temprana que los varones, y son más tendientes a manifestar internamente las características, como si desarrollaran un estilo depresivo atribucional.

En cuanto a la variable **edad**, el tercer objetivo de este estudio era investigar si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo de los niños con respecto a esta variable. Se dividió a la variable edad en cuatro grupos: de 7 a 8 años, de 9 a 10 años, de 11 a 12 años y de 13 a 14 años. En este análisis se compararon las puntuaciones obtenidas en cada escala de la prueba así como en los puntajes totales por grupos de edades. Los resultados sí indicaron ciertas diferencias significativas. Sin embargo Kovacs (1992) en su muestra normativa no encontró diferencias significativas con respecto a la edad.

En lo que se refiere al puntaje total, se encontró que existen diferencias significativas en el grupo de 9 a 10 años y en el grupo de 13 a 14 años con respecto al grupo de los niños más pequeños, de 7 a 8 años.

Con respecto a los puntajes por escalas del CDI, se encontraron diferencias significativas de los grupos de 9 a 10 años, 11 a 12 años y 13 a 14 años con respecto al de 7-8 años en las escalas: B (Problemas interpersonales), C (Bajo rendimiento), y E (Baja autoestima).

Al parecer los niños de 7 a 8 años presentan menos síntomas depresivos que los niños mayores medidos a través del CDI. Sin embargo esto no quiere decir que necesariamente estén menos deprimidos que los mayores. Es probable que los niños más pequeños no sepan expresar o verbalizar todavía sus emociones como lo hacen los niños más grandes, ya que al estar internos viven frustraciones y separaciones también. De hecho, al principio de la investigación se aplicaron los

cuestionarios a los niños de 1er y 2do grado, ya que la prueba está diseñada para que la contesten niños de 1er grado que ya saben leer, pero no se continuó con las aplicaciones ya que al parecer los niños no entendían bien las frases, copiaban a los compañeros, o parecían inventar sus respuestas, sin reflexión, por lo que se decidió no incluirlos en la muestra.

La autora observó durante el tiempo en que trabajaba en la institución expresiones faciales tristes, preocupación, pérdida del apetito, temor, desesperanza, impotencia lloriqueos frecuentes en los niños de 1º y 2º grado, demandas excesivas, etc. en estos niños.

Anthony (citado por Bemporad, 1994) considera que la depresión puede caracterizarse por ser un desarrollo padecido paralelamente al desarrollo del niño en cuanto a simbolismo, representación, lenguaje y operaciones lógicas. Para los niños menores puede ser una respuesta a privación continua de cuidado emocional de los padres o a una pérdida que no fue compensada adecuadamente de un objeto de amor temprano.

La autora está de acuerdo con Bemporad (1994), quien considera que mientras más pequeños son los niños, reaccionan al ambiente pero no están listos para llegar a conclusiones que vayan más allá de su experiencia inmediata. Señala a Piaget, quien consideraba que los niños en la temprana infancia todavía no entra a la etapa de operaciones concretas, sino que su etapa se caracteriza por un "realismo moral" en el que las acciones son juzgadas por sus consecuencias y no por sus intenciones. En este sentido, Bemporad considera que los niños expuestos a ambientes emocionalmente dolorosos y frustrantes, reaccionan, pero no son capaces de llegar a conclusiones lógicas que vayan más allá de su experiencia.

Así, McConville et al (citados por Bemporad, 1994) encontraron que la expresión del afecto depresivo varía con el nivel de desarrollo. En un estudio de 75 niños deprimidos, encontraron que los niños entre 6 y 8 años de edad manifestaban un estado de tristeza puro sin ser acompañado de aspectos cognitivos como pérdida de la autoestima o culpa, que caracterizaban la experiencia depresiva de niños mayores. Encontraron que niños deprimidos de 8 a 10 años de edad, ya expresaban un sentimiento de baja autoestima que había estado ausente en las manifestaciones de disforia de otros niños más pequeños.

Mientras mayor es el niño, reacciona menos directamente a lo desagradable que puede ser su ambiente sino más a los sentimientos de decepción que surgen dentro de él. (Bemporad, 1994)

Haciendo un repaso de las investigaciones sobre depresión en niños con respecto a la variable edad, los hallazgos no han sido tan uniformes. Finch y cols (1985) hallan en su estudio, que los niños más jóvenes informan de menos síntomas que los

mayores. Sin embargo, Saylor y cols. (1984) señalan que los niños más jóvenes están más dispuestos a presentar síntomas en el CDI que los mayores.

En el presente estudio se encontraron diferencias significativas de dos o más grupos con respecto a uno. Parece ser que los niños más pequeños de 7 a 8 años no reportan tantos síntomas depresivos como los mayores, sin embargo se concluye que la depresión en niños pequeños puede manifestarse de distinta forma dependiendo de la etapa de desarrollo en que se encuentren, y puede ser cualitativamente distinta a la de niños mayores, reflejando una inmadurez de su desarrollo cognitivo y social.

El cuarto objetivo, que era investigar si existen diferencias significativas en la severidad de los síntomas del trastorno depresivo entre los niños institucionalizados con respecto al **número de ingresos** o ciclos escolares en los que han estado en el internado. No se encontraron diferencias significativas. Se concluye que el tiempo e institucionalización no es una variable para presentar mayor severidad en síntomas depresivos.

Finalmente, se considera que el quinto objetivo, que era colaborar para la estandarización en México del test que está siendo llevada a cabo por Varela y Villegas (comunicación oral, 1999) también ha sido cumplido, ya que los resultados arrojados en esta investigación pueden ser de ayuda para su objetivo.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

8.1 CONCLUSIONES

A través de este estudio en el que se investigó la depresión en niños institucionalizados en comparación con niños que viven en sus hogares se llega a las siguientes conclusiones:

1. Sí existen diferencias significativas en las puntuaciones totales entre el grupo de los niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I. Los niños institucionalizados presentan mayores síntomas depresivos.
2. Sí existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "Estado de ánimo negativo", entre niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I. Los niños institucionalizados presentan mayores puntuaciones.
3. Sí existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "Bajo rendimiento", entre niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I. Los niños institucionalizados presentan mayores puntuaciones.
4. Sí existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "Autoestima", entre niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I. Los niños institucionalizados presentan mayores puntuaciones.
5. Sí existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "Problemas, interpersonales", medidas con el C.D.I. sólo en el grupo del internado 2 con respecto a los "no internos" en cuanto a la escala B de Problemas interpersonales. Los niños del "internado 2" presentan mayores puntuaciones.
6. Sí existen diferencias significativas en las puntuaciones del factor "Anhedonia" (displacer o desinterés), entre niños institucionalizados y niños no institucionalizados, medidas con el C.D.I. Los niños institucionalizados presentan mayores puntuaciones.
7. No existe una mayor o menor prevalencia en la severidad de las puntuaciones totales del síndrome de depresión infantil entre niñas y niños medido con el C.D.I.

8. No existe mayor o menor prevalencia en las puntuaciones de los factores depresivos entre las niñas y los niños, medidos con el C.D.I.

Sólo se encontró que con respecto a los items, los varones tienen puntuaciones significativas más altas en cuanto a: "mala conducta", "ideación suicida", autoestima y "fatiga". Mientras que las mujeres tienen más altas puntuaciones en los items de "ataques de llanto, pérdida del apetito y preocupación somática".

Por otro lado, al analizar si se encontraban diferencias significativas específicamente en cada grupo, se encontró que en el grupo de "no internos" los varones tienen puntuaciones significativamente más altas con respecto a las mujeres únicamente en el ítem de "ideación suicida", que corresponde al factor Baja Autoestima.

Pero resulta interesante que en el grupo de los de los "niños internos" sí se observaron algunas diferencias en cuanto a un Factor y algunos items o síntomas específicos. Los varones obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en los reactivos de "mala conducta" (que pertenecen al Factor: problemas interpersonales), "ideación suicida" (Factor: Baja autoestima), "fatiga" (Factor: Anhedonia) y "autoestima baja" (Factor Baja autoestima), así como en la escala B, que es el Factor de "Problemas interpersonales". Por otro lado las mujeres muestran diferencias significativamente altas con respecto a los varones en los reactivos "ataques de llanto" (Factor: estado de ánimo negativo), "pérdida del apetito"(Anhedonia), y "preocupación somática" (Factor: Anhedonia).

Parece entonces que la condición de estar internos sí hace diferencias en algunas formas de manifestar conductas que pueden ser síntomas depresivos.

9. No existe mayor prevalencia en la severidad de los síntomas depresivos en los "niños internos" a mayor número de ingresos o tiempo de institucionalización, con respecto a los puntajes totales medidos con el C.D.I.
10. Sí existen diferencias significativas en los síntomas depresivos de los niños entre grupos de edades. En lo que se refiere al puntaje total, se encontró que existen diferencias significativas en el grupo de 9 a 10 años y en el grupo de 13 a 14 años con respecto al grupo de los niños más pequeños, de 7 a 8 años. Con respecto a los puntajes por escalas del C.D.I., se encontraron diferencias significativas de los grupos de 9 a 10 años, 11 a 12 años y 13 a 14 años con respecto al de 7 a 8 años en las escalas: B (Problemas interpersonales), C (Bajo rendimiento), y E (Baja autoestima).

Los puntos mencionados anteriormente señalan que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a síntomas depresivos entre niños institucionalizados y niños que viven en sus hogares.

En este estudio no se puede llegar a concluir que la causa de estos síntomas sea la institucionalización, ya que son múltiples los factores que influyen en el desarrollo afectivo del niño, sin embargo es una variable que está relacionada con los síntomas del trastorno depresivo.

El tener figuras de apego importantes que brinden amor, calidez, responsividad, predecibilidad y constancia son factores primordiales para que un niño tenga un desarrollo integral sano.

La institucionalización, maternidad múltiple, separación de la figura materna y relaciones patológicas entre la madre y el niño, así como pérdidas tempranas de una figura amada, pueden ser experiencias desfavorables con complicaciones potenciales del desarrollo de la personalidad del pequeño.

En las etapas de desarrollo, el cuidado de la madre o padre y/o figuras sustitutas es de primordial importancia, ya que si el niño no tiene una relación satisfactoria con alguno de ellos, podría presentar problemas en sus relaciones interpersonales en su infancia así como en etapas futuras de su vida. La ausencia de las figuras paternantes por la entrada del niño en un hospital, asilo, orfanato o cualquier institución que rompa con los lazos familiares y sociales puede tener efectos nocivos en su desarrollo y personalidad, y puede dar efecto a duelos crónicos tanto en la infancia como en la futura vida adulta de ese niño.

La base del desarrollo humano es una sensación de confianza en la disponibilidad y apoyo de las figuras con las que mantenemos lazos afectivos. Las familias que promueven esto, propiciarán una gran autoconfianza y estabilidad en sus hijos, que se desarrollarán lentamente a través de la niñez y la adolescencia. Dicha disponibilidad consiste en una respuesta constante a sus necesidades afectivas: presencia segura, caricias, comprensión, compañía, comunicación y atención.

Los efectos que tienen las separaciones demasiado largas en los primeros años de vida y la angustia inimaginable que sufren los niños abandonados han sido reportados por diversos investigadores.

No se puede saber por los resultados de este estudio si la causa de estos síntomas se deben particularmente al hecho de estar en una institución, pues no hay duda de que las experiencias en sus hogares e historias por las que los niños son remitidos a los internados influyen de manera decisiva en su desarrollo integral, y pueden ser factores que causen su depresión. Además muchos de estos niños han vivido pérdidas importantes emocionales de sus figuras paternantes o son hijos de madres o padres solteros.

Para poder realizar el análisis descriptivo de este trabajo, entre la información que se obtuvo de los datos de los expedientes de los niños, fue que estos niños fueron institucionalizados por: problemas familiares como separación de los padres, algún padre alcohólico, muerte o abandono de alguno o ambos padres, problemas económicos y necesidad de trabajar del padre o tutor del niño, ambientes familiares y sociales peligrosos para el niño como centros de vicio, alcoholismo, drogadicción, vandalismo.

Del Barrio menciona que el grupo familiar es el primer agente de socialización del niño, influyendo de manera decisiva en el desarrollo de su estabilidad emocional, constituyendo a su vez un elemento clave en la configuración de la depresión infantil (citada por Frías et al, 1992).

Un gran número de estudios han encontrado una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de problemas en los hijos, tales como la depresión, la baja autoestima y problemas de conducta. El tamaño de la familia, el lugar que ocupa el niño en el grupo de hermanos y la ausencia de los padres (muerte, divorcio o separación involuntaria) son elementos que afectan al desarrollo afectivo y emocional del niño (Frías et al, 1992).

Lo importante es saber que en los internados los niños tienen características que los hacen ser, pensar, sentirse diferentes de los niños que viven en sus hogares. Las investigaciones han encontrado que los niños institucionalizados tienen más problemas interpersonales, menos capacidad de comunicación, menor rendimiento intelectual, menor autoestima, etc. Muchos de estos rasgos son características del trastorno depresivo.

Una vez detectado que es muy común encontrar síntomas depresivos en estos niños, se abre un abanico de posibilidades de apoyo y ayuda para estos niños, para lo cual es necesario informar y capacitar a las autoridades, maestros, médicos, psicólogos, cuidadores y en general todo el personal que trabaje directamente con estos niños.

Monroy y Moreno (1994) recalcan la importancia que tienen los internados y orfanatorios dentro de la sociedad, pues muchos de estos niños se encuentran mejor atendidos en ellos que en sus hogares. Algunos carecen de hogares, y en las instituciones se les puede brindar atención médica, apoyo psicológico y pedagógico, formación académica y recreación. Afirman que no se puede negar la necesidad de la existencia de las instituciones para niños que no pueden ser criados en sus hogares. Sin embargo sí se puede concientizar a las autoridades, maestros, personal, cuidadores e intervención al personal sobre las implicaciones que las separaciones y pérdidas tienen para un menor, específicamente los síntomas depresivos que presentan estos niños.

La autora, al igual que Monroy y Moreno (1994), considera que es importante hacer cambios estructurales y organizacionales para que los niños tengan la oportunidad de hacer nuevos vínculos afectivos con sus cuidadores. Y puesto que en general las necesidades de comida, abrigo, casa, salud, educación son cubiertas por estas instituciones, ahora es importante cubrir las necesidades afectivas básicas de estos niños. Hacer perfiles para selección de personal, sensibilizar, capacitar, y tener adultos cariñosos disponibles y predecibles para estos niños, pueden ser algunas de las medidas preventivas y terapéuticas para ayudar a estos niños.

En conclusión, los niños institucionalizados presentan mayor severidad en los síntomas depresivos que los niños que viven en sus hogares. Se pueden invertir recursos para establecer nuevos programas terapéuticos y de prevención, así como cursos de capacitación para sensibilización del personal, reclutamiento de personal capacitado, preparado y con vocación de servicio.

Esto ayudaría para que estos niños puedan vivir sus experiencias de separación de una manera menos traumática, acompañados, escuchados y atendidos con amor, teniendo la oportunidad de elaborar sus duelos y formar otros vínculos con personas sustitutas que le brinden amor, que respondan a sus necesidades y que sean predecibles. Se necesitan personas con quienes puedan tener la oportunidad de aprender a relacionarse de una manera cercana y cariñosa, para que los niños puedan tener modelos de relaciones en los que aprendan a sentirse valiosos y queridos, y para que en un futuro sean capaces de amar y entregarse verdaderamente a sus seres queridos y a sus metas y para que puedan tener confianza en ellos mismos, en el mundo, en el futuro, y evitar futuras depresiones por pérdidas o circunstancias adversas que puedan llegar a tener.

8.2 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La primera limitación de este estudio es que el instrumento aún no ha sido estandarizado para niños mexicanos. Sin embargo este trabajo puede ayudar a la estandarización que se está llevando a cabo por Varela y Villegas. (Comunicación personal, Varela y Villegas, 1999). Sin embargo ya ese llevó a cabo una primera validación del instrumento con una muestra de niños en México. (Varela, 1997, comunicación personal).

Este estudio fue descriptivo y correlacional, no pretendía encontrar causas de los síntomas depresivos.

Una limitante de la población fue que por razones administrativas el tamaño del grupo control no fue el mismo que el grupo de los niños internos.

Otra limitante fue que la administración del test se llevó a cabo durante varios meses en diferentes momentos debido a cuestiones administrativas y escolares en los internados y escuela, por lo que el tiempo pudo haber sido una variable extraña e influido en los resultados.

Ya que la institucionalización sí parece estar relacionada con la severidad en los síntomas depresivos, se sugiere hacer más investigaciones con respecto a la depresión en los niños institucionalizados. Estos resultados pueden ayudar a los directores de las instituciones, así como maestros, personal, psicólogos, trabajadores sociales, cuidadores, etc. a tomar conciencia de lo relevante que puede ser su trabajo para influir en la vida emocional de los niños. También estarán más informados y contarán con herramientas para promover programas nuevos de capacitación y cambios estructurales en la organización y dirección y personal de las instituciones con el fin de cubrir las mayores necesidades emocionales posibles de los niños.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmad, A. y Mamad, K. (1996) The socioemotional development of orphans in orphanages and traditional foster care in Iraqi Kurdistan. **Child Abuse and Neglect**. Vol.20, No 12, pp.1161-1173.
- Albourek, S. (1976) **Aspectos psicológicos del niño institucionalizado**. Tesina: U.I.A.
- Alferez, G. y Vázquez, G. (1992) Maneja el estrés. **Programa de desarrollo empresarial**. Paquete de recursos humanos. México: ITAM y Nacional Financiera. Mód.III. Fasc. 5
- American Psychiatric Association (1995). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson. pp 333
- Beck, A. (1979) **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: American Library.
- Bemporad, J. (1993) Revisión crítica de los principales conceptos de depresión. En: Bemporad, J. y Arieti, S. **Psicoterapia de la depresión**. México: Piados.
- Bemporad, J. (1994) Dynamic and interpersonal theories of depression. En: Reynolds, W. y Johnston **Handbook of Depresión in Children and Adolescents**. New York: Plenum Press.
- Boostani, M. (1982) Social maturity of children reared in an Iranian orphanage. **Child Study Journal**. 12(2), 127-133.
- Boy, E.; García, L.; Torreblanca, A. (1985). Importancia del vínculo materno-filial en el sentimiento de seguridad. **Revista Mexicana de Psicología**. 2(1), 29-32.
- Bowlby, J. (1982) **Attachment. Attachment and loss trilogy. Vol. I USA: Basic Books**.
- Bowlby, J. (1973) **Separation. Anxiety and anger. Attachment and loss trilogy. Vol. II USA: Basic Books**.
- Bowlby, J. (1980) **Loss. Sadness and Depression. Attachment and loss trilogy. Vol. III USA: Basic Books**.
- Calderón, G. (1984) **Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento**. México: Trillas.

- Calderón, G. (1999) **Depresión**. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Trillas.
- Cantwell, (1987) La depresión en la infancia: cuadro clínico y criterios diagnósticos. En Cantwell, D. y Carlson, G. (Ed) **Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia**. España: Martínez Roca.
- Cantwell, D. y Carlson, G. (1987) Clasificación de los trastornos afectivos. En Cantwell, D. y Carlson, G. (Ed) **Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia**. España: Martínez Roca.
- Charma, D. (1997) **Treating depressed children**. USA: New Harbinger publications.
- Cytrin, L. y Mc Knew, D. (1996) **Growing up sad. Childhood depression and its treatment**. New York: W.W. Norton and Company.
- Del Barrio, V., Frías, D. y Mestre, V. (1994) Autoestima y depresión en niños. **Revista de Psicología General y Aplicaciones**. 47(4), 471-476.
- DSM-IV (1995) **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. España: Masson.
- Fiegelson (1980) **Un niño ha sido golpeado**. México: Diana.
- Finch, S. (1960) **Fundamentals of child psychiatry**. New York: Norton and Company.
- Finch, A., Saylor, C. y Edwards, G. (1985) Children's depression inventory: Sex and grade norms for normal children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 53(3), 424-425.
- Freud, A. (1971) **Normalidad y patología en la niñez**. México: Paidós.
- Freud, S. (1917) **Duelo y melancolía**. Obras completas. España: Biblioteca Nueva. (1981) Tomo II.
- Frías, D., Del Barrio, V. y Mestre, V. (1992) Estructura familiar y depresión Infantil. **Anuario de Psicología**. 52. 121-131
- Fristad, M, Emery, B. y Beck, S. (1997) Use and abuse of the children's depression inventory. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 65, 4,699-702.
- Gadea de Nicolás, L. (1992) **Escuela para padres y maestros**. México: CEDI.

- Galiguzova, L. y Meshcheryakova, S. (1990) Psychological aspects of child's bringing up in children's homes and orphanages. **Voprosy Psikhologii Abstract**, Nov-Dec, 6, 17-25.
- García, S. y Pérez, G. (1986) **El autoconcepto del niño. Algunos aspectos psicológicos**. Tesina. México: U.I.A.
- Gómez, C.; Sos, F.; Randal, C.; Vaquero, E. (1991) Estudio comparado del comportamiento de niños educados en medio familiar y niños educados en instituciones. **Infancia y aprendizaje**, 56, 105-122.
- Guarner, E. (1978) **Psicopatología clínica y tratamiento analítico**. México: Porrúa.
- Haolahan, C. (1996) **Psicología ambiental**. México: Limusa.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P.(1998). **Metodología de la investigación**. México: McGraw Hill.
- Jiménez, M. (1988) Trastornos psicoafectivos en una muestra de niños institucionalizados y su incidencia en el rendimiento escolar. **Psiquis Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática**, 9(9), 55-61.
- Kavan, M. en Kramer, J. y Conoley, J. Eds, 1992 **The Eleventh Mental Measurements Yearbook**. Nebraska: University of Nebraska Press.
- Kovacs, M. (1992) **Child Depression Inventory CDI Manual**. Multi-Health Systems, Inc.
- Lartigue y Vives (1992) Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil. **Manuales de Práctica Profesional**. México: U.I.A.
- Leary (1993) Helping the helpless. **Journal of Humanistic Psychology**. Vol. 3(3), 19-28.
- Mancilla, B. (1994) **Estudio comparativo de depresión infantil. Niños que viven en sus hogares de origen vs. niños institucionalizados**. Tesis: UNAM.
- Martínez, M. (1991) **La autoestima en niños huérfanos tempranos institucionalizados**. Tesina de Licenciatura: U.I.A. México.
- Meerum, M.; Schene, J. y Koops, W. (1990) Concepts of emotion in institutionalized children. **Journal of Child Psychiatry**. 31(7), 1131-1143.
- Moir, A. y Jessel, D. (1992). **Brain sex**. New York: Delta.

- Mussen (1971) **Desarrollo psicológico del niño**. México: Trillas.
- Monroy, M. y Moreno, C. (1994) **Influencia de la carencia afectiva en el desarrollo de la personalidad de los menores institucionalizados**. (Investigación Documental) México: UNAM. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología.
- Mukhina, V. (1989) Care of children brought up at boarding-type institutions in the U.S.S.R. **Special Issue: International Child and Youth Care Conference. Child Welfare**, 68(2), 233-240.
- Piaget, J. (1979) **Seis estudios de Psicología**. México: Seix Pax.
- Polaino-Lorente, A. y cols. (1985) **Las depresiones infantiles**. Madrid: Morata.
- Poznanski, E. y Mokros, H. (1994) Phenomenology and Epidemiology of Mood Disorders in Children and Adolescents. En: Reynolds, W. y Johnston **Handbook of Depresión in Children and Adolescents**. New York: Plenum Press.
- Provence, S. M.D. (1991) Separation and deprivation. En: **Melvin, Lewin:Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook**. Baltimore: Williams and Wilkins. Pp. 376-389.
- Rangel, R. (1995) **Curso de capacitación para sensibilización de cuidadores en internados de niños de bajos recursos en México**. Tesina de Licenciatura en Psicología. México: UIA.
- Reynolds, W. y Johnston, H. (1994) The Nature and Study of Depression in Children and Adolescents. En: Reynolds, W. y Johnston **Handbook of Depresión in Children and Adolescents**. New York: Plenum Press.
- Segal, A. (1988) **Introducción a la obra de Melanie Klein**. México: Paidós
- Saylor et al. (1984) Learned helplessness: Effects of noncontingent reinforcement and response cost with emotionally disturbed children. **The Journal of Psychology**, 117 189-196.
- Smucker, M. y cols., (1986) Normative and Reliability Data for the Children's Depression Inventory. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 14(1), 25-39.
- Spitz, R. (1990) **El primer año de vida del niño**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stahl, S. (1999) **Psicofarmacología esencial**. España: Ariel.

- Suman, K.(1986) A study of mental health status of children in orphanages at Bangalore. **Indian Journal of Social Work.** 47(2), 62-70.
- Tabassam, W. y Hamayun, S. (1993) Intelligence and personality differences among children from orphanages and intact families. **Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. Abstract**, Jan-Jul, 19(1-2), 13-20.
- Thompson, R. (1991) Attachment theory and research. En: Melvin Lewin (Ed). **Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook.** Baltimore: Williams and Wilkins. P.100-108.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDI)

(VERSION ESPAÑOLA) * (Polaino-Lorente y cols., 1988)

1. Estoy triste de vez en cuando
 Estoy triste muchas veces
 Estoy triste siempre
2. Nunca me saldrá nada bien
 No estoy seguro de se las cosas me saldrán bien
 Las cosas me saldrán bien
3. Hago bien la mayoría de las cosas
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
 Me preocupa que me ocurran cosas malas
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa mía
 Muchas cosas malas son culpa mía
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9. No pienso en matarme
 Pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme
10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando

11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando
12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente
13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente
14. Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
 Soy feo/a
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme
 Duermo muy bien
17. Estoy cansado de cuando en cuando
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20. Nunca me siento solo
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando
 Me divierto en el colegio muchas veces

22. Tengo muchos amigos
 Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
23. Mi trabajo en el colegio es bueno
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
 Soy tan bueno como otros niños
25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere
26. Generalmente hago lo que me dicen
 Muchas veces no hago lo que me dicen
 Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces
 Me peleo siempre

* Nota: Se presenta la versión española del CDI ya que ese fue el acuerdo con Varela y Villegas para utilizar en esta investigación el instrumento mexicano, mismo que ellos se encuentran estandarizando.

ANEXO 2

CUESTIONARIO DEMOGRAFICO

FICHA IDENTIFICACION NIÑOS

INT. # 1: _____ INT. # 2: _____ No interno _____
NOMBRE DEL ALUMNO (A) _____ SEXO : F M
EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ FECHANACIMIENTO: _____
GRADO: _____ FECHA INGRESO : _____ NO. DE INGRESO _____
HA ESTADO INTERNO EN OTRA INSTITUCION? SI NO
¿CUANTO TIEMPO? _____ FECHA: _____

DATOS FAMILIARES

PADRES: EDO. CIVIL:

CASADOS UNION LIBRE DIVORCIADOS
VIVEN JUNTOS SEPARADOS

PADRE:

¿VIVE? : SI NO ULTIMO GRADO ESTUDIOS _____
OCUPACIÓN _____

MADRE:

¿VIVE? : SI NO ULTIMO GRADO ESTUDIOS _____
OCUPACIÓN _____

EL(LA) MENOR VIVE CON:

PADRE ___ MADRE ___ #HERMANOS ___ LUGAR QUE OCUPA ___
TUTOR _____ PRIMOS ___ ABUELOS ___

ENTORNO DE LA VIVIENDA:

ALCOHOLISMO ___ DROGADICCIÓN ___ PANDILLERISMO ___
CENTROS DE VICIO ___ DELINCUENCIA ___

MOTIVO DE ESTANCIA:

FALTA DE CUIDADO ___ FALTA DE ATENCIÓN ___
MUERTE: PADRE ___ MADRE ___ SEPARACIÓN FAMILIAR ___
MALA CONDUCTA ___ OTROS _____

PROMEDIOS CICLOS ESCOLARES:

AÑO ANTERIOR: _____ PROMEDIO FINAL _____