

878525

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**“DEPRESIÓN EN NIÑOS CON HEMOFILIA Y SIN HEMOFILIA DE 8 A
10 AÑOS DE EDAD”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ANA GABRIELA BRETSCHNEIDER HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. LAURA ELENA MARTÍNEZ LARA

2005

m344513



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ana Gabriela
Bretschneider Hernández

FECHA: 20/Mayo/2005 A

FIRMA: [Firma]

Quiero agradecer y dedicar este proyecto muy en especial a mi Familia pues han sido fuente de inspiración para mí y un gran pilar para mantenerme de pie en todo.

Gracias por orientarme y apoyarme en la toma de mis decisiones, por darme la oportunidad de ser profesionalista y por no dejarme sola en esto.

¡LOS QUIERO MUCHO!

*A mi Mamá por darme la sensibilidad para esta vocación, por siempre tener la palabra perfecta de aliento, por ser mi gran amiga, gran mujer, ejemplo de fortaleza y sobre todo por no perder la fe en mí.

* A mi Papá por ser un gran maestro, por darme la fuerza para luchar, por ser ejemplo de tenacidad y perseverancia para lograr esta meta.

*A mi Hermano Memo por ser mi mejor amigo por sus regaños y apoyo incondicional.

*A mi Hermana Andrea por su ternura, confianza y por siempre estar a mi lado. ¡Gracias ratita!.

*A mi Bulita, porque aún sin estar aquí sigue inspirándome y por ser mi ángel en todo momento.

*A Fer por ser un motivo de lucha y un ejemplo de amor. ¡Gracias nanis!.

*A Mis Tías (Bety, Marica, Piojito y Mash) por ser mujeres grandes que con su ejemplo de vida me han ayudado a recorrer este camino y a crecer como ser humano.

*A Luisa y Arturo por ser un gran ejemplo de familia, por confiar en mi, por el cariño y todo el apoyo que me brindan.

*A mis primos (Conejita, Oscar, Claudia, Mariana, Alex, Adrián y Valter) por darme siempre un hombro, que aunque sin palabras siempre han estado conmigo.

*A mis tíos Alejandro y Ana por su apoyo y consejos que nunca sobraron.

*A mis tíos Enrique y Nury por su interés y preocupación en mi.

*A mis amigos (Ximena, Karla, Martha, Leslie, Esther, Güero, Quique, Lore y Aldo) por ser como mis hermanos, por nunca dejarme vencer y por la amistad tan linda que me brindan día a día.

*A Gaby y Jimmy por ser enormes y nunca dejarme sola.

*A la Familia Quintero Franco por su ayuda en la realización de este proyecto.

*A Laura Elena por ser ejemplo de profesionalismo, por sus conocimientos, por todas las horas dedicadas y por impulsarme a conseguir este objetivo en mi vida.

*A Lucy por el apoyo, la paciencia, compromiso y por darme formación profesional a lo largo de estos 5 años.

*A mis Maestras (Adriana, Sonia y Ceci) pues además de ser grandes seres humanos, contribuyeron a mi formación profesional con sus conocimientos y apoyo.

*A Comunicación Emocional (Gaby y Doris) por la gran oportunidad, la confianza y todo el apoyo que me brindan.

*A Billy por lo que significas para mi.

A todas las personas que han estado a mi lado a lo largo de mi carrera y de mi vida, por hacer de mi una mujer de bien, un ser humano sensible y porque cada uno con su ejemplo y palabras me ubicaron cuando fue necesario y me brindaron su amor y consejo.

¡GRACIAS!

Con Cariño:

Ana Gabriela Bretschneider Hernández.

ÍNDICE

Pág.

Introducción

II. CONCEPTO DE HEMOFILIA

2.1.	¿ Qué es la Hemofilia? _____	5
2.2.	Agentes coagulantes _____	6
2.3	¿ Qué es la sangre? _____	7
	2.3.1. Tipos de deficiencia de factor _____	8
	2.3.2. Clases de hemorragias _____	9
2.4.	Tipos de Hemofilia _____	10
	2.4.1. Hemofilia severa, moderada y suave _____	10
2.5.	Causas _____	12
2.6.	Tratamiento _____	13
	2.6.1. Preparación del concentrado de factor _____	16
2.7.	La familia del niño con Hemofilia _____	17
	2.7.1. Etapas de duelo _____	18

III. DEPRESIÓN INFANTIL

3.1.	Concepto _____	22
3.2.	Clasificación de depresión infantil _____	25
3.3.	Causas _____	26
3.4.	Enfoques cognitivos y conductuales _____	27

3.4.1. Teoría cognitiva de Beck	28
3.5. Enfoque psicoanalítico	29
3.6. Síntomas	33
3.7. Tratamiento	33

IV. PERIODO DE LATENCIA

4.1. Concepto	35
4.2. Logros en el periodo de latencia	37
4.3. Latencia y depresión	41

V. METODOLOGÍA

5.1. Objetivo general	43
5.2. Objetivos específicos	43
5.3. Hipótesis	44
5.4. Variables	46
5.5. Sujetos	47
5.5.1. Muestra	47
5.6. Instrumento	47
5.7. Procedimiento	49
5.8. Tipo de estudio	50
5.9. Análisis estadístico	50

VI.	RESULTADOS	51
VII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
VIII.	ALCANCES, LÍMITES Y SUGERENCIAS	77
IX.	CONCLUSIONES	79
X.	BIBLIOGRAFÍA	81
	ANEXO	85

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende demostrar la importancia de la depresión en niños con hemofilia ya que dicha enfermedad no es común y es un campo poco explorado a nivel nacional; por lo mismo se tiene poco conocimiento del tema.

Según la Secretaría de Salud menos del 1% de los niños Mexicanos padecen Hemofilia.

Es importante conocer el nivel emocional de los niños que sufren esta enfermedad, pues son niños que no pueden realizar las mismas actividades que sus coetáneos y necesitan un cuidado especial, asimismo se pretende estudiar si estos niños viven su enfermedad como una pérdida la cual implicaría un duelo.

En el primer capítulo se revisará el concepto de hemofilia, siendo un problema sanguíneo que únicamente se manifiesta en el hombre, así como los diversos trastornos en la sangre, se revisarán las funciones biológicas de la sangre, la clasificación de la hemofilia y los diversos tratamientos que en la actualidad existen para mejorar esta enfermedad.

Es importante mencionar que la muestra empleada para la presente investigación (30 niños con hemofilia y 30 niños sin hemofilia) es pequeña por lo que, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados al resto de la población infantil mexicana, es decir, se sugiere que en futuras investigaciones se utilice una muestra mas grande con las mismas características consideradas en la presente.

Asimismo se sugiere llevar un tratamiento integral, es decir, acudir con un especialista, el cual llevará el tratamiento farmacológico y a su vez un psicólogo para tratar el área emocional.

En el siguiente capítulo se revisará el concepto de la depresión infantil, así como las diversas teorías y autores que la explican.

En primer término se revisa el concepto de la depresión; término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, considerando que el niño con hemofilia constantemente se aísla de sus compañeros, presenta cambios de ánimo los cuales de alguna forma se relacionan con la depresión. . (Polaino y Lorente,1988).

También se analizan las características del periodo de latencia, por ser la etapa en que se encuentran los niños de la presente investigación; es una etapa en donde el niño vive en constante competencia con sus compañeros e intenta obtener control del yo, factor importante para el niño que padece hemofilia pues el no poder realizar las mismas actividades que los niños sin hemofilia, causa frustración y sentimientos de derrumbamiento. (Cameron,1982).

Se parte de la hipótesis que, si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces presentarán un estado depresivo significativo que el de los niños sin hemofilia.

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó una muestra de 30 niños con hemofilia y 30 niños sin hemofilia pertenecientes a escuelas particulares, ambos grupos son de sexo masculino, mexicanos, nivel socioeconómico medio, estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria.

Una alternativa diseñada para este fin es el cuestionario de depresión infantil CDS de M. Lang y M. Tisher.

El cuestionario "CDS" contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo.

Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten 2 subescalas generales independientes: total depresivo y total positivo (TD y TP).

La primera subescala (TD) mide los siguientes factores: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento de culpabilidad y depresivos varios.

La segunda subescala (TP) mide los siguientes factores: ánimo-alegría y positivos varios.

Se realiza un estudio comparativo con niños de 8 a 10 años de edad sin hemofilia y niños de la misma edad con hemofilia, cuidando que los factores sociales, culturales y educativos sean los mismos, ya que el factor a estudiar es la hemofilia. Posteriormente se califica la prueba y se realiza el análisis estadístico con la fórmula "t" de student, que nos permite obtener diferencias significativas por ser un método de análisis estadístico, que compara las medias de dos categorías dentro de una variable dependiente, o las medias de dos grupos diferentes.

Es una prueba paramétrica, es decir; que solo sirve para comparar variables numéricas. (Moreno V, Vallescar R, Martín M, 1991).

En esta investigación se encuentra que si existe relación entre ambos temas, pues como se menciona en capítulos anteriores la hemofilia es una enfermedad de la sangre, un problema de coagulación, lo que hace que el infante no pueda realizar actividades correspondientes a las de sus coetáneos, los niños que tienen hemofilia, viven bajo un cuidado especial, pues cualquier golpe por muy pequeño que parezca puede tener grandes y graves complicaciones, son niños sometidos a tratamientos; tratamientos que no aseguran una cura pero sí un control.

Una vez que se a detectado que el niño con hemofilia se encuentra deprimido es importante profundizar y darle un seguimiento pues la situación emocional es un área descuidada y sumamente importante para que el niño y su familia logren aceptar la enfermedad y llevar un mejor estilo de vida.

La finalidad de este estudio es aportar a la sociedad mayor conocimiento sobre la hemofilia y el estado emocional de los niños que la presentan.

II. CONCEPTO DE HEMOFILIA.

2.1.¿QUÉ ES LA HEMOFILIA?

La Hemofilia es un desorden genético que dificulta la coagulación de la sangre. La dificultad para coagular, hace que las heridas internas y externas no puedan ser curadas en forma natural; Provocando hemorragias que si no son tratadas pueden dar como resultado:

- a) Pérdida de sangre muy grave.
- b) Daño interno al acumularse sangre dentro de las articulaciones o en las cavidades del cuerpo.

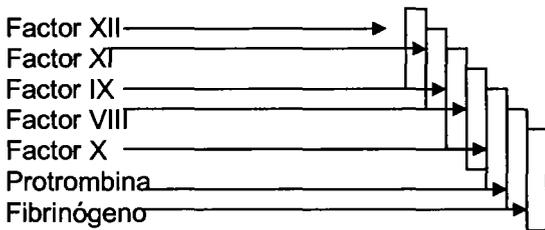
La aparición de la hemofilia no esta determinada por factores geográficos ni de raza, sin embargo, esta enfermedad se encuentra exclusivamente en el sexo masculino. (Laureen A. Kelley, 1993).

La hemofilia es un problema o trastorno de la sangre. Por lo que para tener un conocimiento mas claro de la enfermedad es importante comprender, qué es la sangre.

La sangre esta formada por muchos componentes. Cada uno con funciones determinadas. Los componentes de la sangre que controlan las hemorragias se llaman factores de coagulación. Cuando los tubos o vasos que transportan la sangre se rompen, se forma un agujero y la sangre comienza a fluir. Esto puede suceder fuera o dentro del cuerpo.

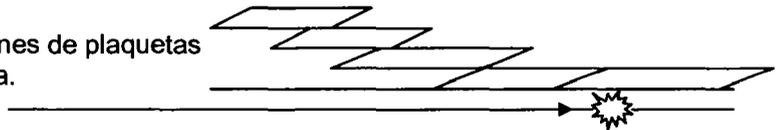
2.2. AGENTES COAGULANTES

Los factores de coagulación ayudan a formar un coágulo en el agujero. Que es como un parche que cubre el agujero y evita que la sangre siga saliendo. Se han identificado al menos 14 factores de coagulación. Si uno de los factores no cumple su función, los demás no son tan efectivos para formar un coágulo y detener la hemorragia. (fig 1.)



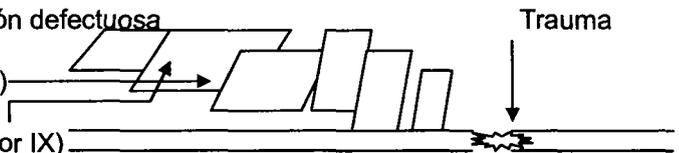
Secuencia de coagulación normal

Red de fibrina y tapones de plaquetas en el lugar del trauma.



Secuencia de coagulación defectuosa

Hemofilia A
(deficiente del factor VIII)
Hemofilia B
(Sería deficiente del factor IX)



La hemofilia A es el tipo de hemofilia más común. las personas con hemofilia A no tienen suficiente factor de coagulación (factor VIII) en la sangre. Por eso cuando una persona con hemofilia A se lesiona y comienza a sangrar, a veces la hemorragia no para en mucho tiempo. (Baker. L, 1991).

En pocas palabras la hemofilia A es un problema de la sangre en donde no hay suficiente factor VIII para que los coágulos se formen normalmente para detener las hemorragias.

2.3.¿QUÉ ES LA SANGRE?

Según Lauren A. Kelley (1993) la sangre es la sustancia que absorbe los nutrientes del sistema digestivo y los lleva a todas las células del cuerpo para así suministrar energía. Las células en la sangre siempre se producen en la médula del hueso y los otros componentes de la sangre son constantemente producidos por otros órganos. Si se pierde algo de sangre, el cuerpo produce más sangre y la reemplaza. La sangre recorre todas las partes del cuerpo a través de un sistema de vasos sanguíneos que consta de arterias, venas y vasos capilares. Las venas traen la sangre usada de vuelta al corazón, de dónde es bombeada a los pulmones para obtener oxígeno. Después vuelve al corazón para ser bombeada a través de las arterias a todas partes del cuerpo. Los vasos capilares son los vasos más pequeños y llegan a las áreas más pequeñas del cuerpo.

La sangre consta de 4 componentes: 55% del volumen de la sangre consta de plasma, un líquido amarillento; y 45% contiene células rojas de sangre (las cuales llevan el oxígeno), las células blancas de sangre (cuya función es defender al cuerpo de bacterias) y las plaquetas, que son fragmentos de células redondos y pegajosos las cuales ayudan a reparar los vasos sanguíneos rotos. El plasma y las plaquetas son los elementos importantes en la coagulación de la sangre.

2.3.1. Tipos de deficiencia de factor

Los pasos iniciales en el proceso de coagulación generalmente trabajan correctamente: el vaso sanguíneo se contrae, las plaquetas se mantienen juntas para formar un tapón, pero la red sobre este tapón no se forma correctamente y el tapón se cae.

Los dos primeros pasos puede que sean suficientes para la sangre en pequeñas cantidades, tales como la sangre en la nariz, rasguños pequeños y raspaduras en las rodillas.

En heridas con mayor daño a los vasos sanguíneos, es necesario mantener un tapón en su lugar. Algunas veces el tapón se va a sujetar temporalmente y luego se caerá, lo que explica por qué cuando existe hemofilia se demora varias horas en producirse después de la lesión o herida. (Baker. L, 1991).

La deficiencia más común es la del factor VIII; del 80% al 90% de los casos de hemofilia tienen que ver con este factor. La segunda deficiencia es la del factor IX, consistiendo casi en la mayoría de los casos restante. La deficiencia del factor VIII es conocida como hemofilia A y la deficiencia del factor IX es conocida como hemofilia B o "enfermedad de Christmas", a raíz del nombre de la primera persona que se diagnóstico con este tipo de hemofilia.

(James, D.1992)

2.3.2. Clases de hemorragias

Los tipos de hemorragias se clasifican como:

- a) Hemorragias menores.
- b) Hemorragias mayores.
- c) Hemorragias severas.

a) Las hemorragias menores son las que usted puede reconocer enseguida, como cortaduras en la piel, un raspón de la rodilla, moretones, cortadas en la boca y sangre en narices. El niño sangrará por poco tiempo. Estas hemorragias pueden requerir tratamiento algunas veces otras no.

b) Las hemorragias mayores son las que ocasionan dolor e hinchazón. Estas ocurren en las articulaciones y músculos, o sea que son internas y se tendrá que averiguar el lugar.

Cuando el niño tiene una hemorragia de esta clase, él puede cojear si la hemorragia es en la rodilla o pierna. Si deja de usar su brazo, puede ser que sea en codo o antebrazo.

Al tener una hemorragia en las articulaciones, la sangre se estanca en los espacios que hay en las articulaciones donde se unen los huesos.

Esta sangre no tiene para donde salir y quedará allí por mucho tiempo. Si otras hemorragias ocurren muchas veces en la articulación, puede causar daño permanente.

(J. C. Goldsmith, 1994).

c) Las hemorragias severas son muy peligrosas porque amenazan la vida del niño. Pueden ocurrir en el área del cerebro o el cuello. Pueden causar también daño permanente en las articulaciones, los músculos y los nervios que rodean al músculo. Las hemorragias de los músculos también son serias porque causan hinchazón en el lugar donde ocurren.

Hemorragias de las articulaciones en orden de frecuencia:

- b) Rodilla
- c) Tobillo
- d) Codo
- e) Cadera
- f) Hombro
- g) Muñeca
- h) Dedo

No importa qué clase de deficiencia de factor o tipo de hemofilia tenga el niño, es importante que reciba tratamiento adecuado para la clase de hemorragia que tenga.

2.4.TIPOS DE HEMOFILIA

2.4.1.Hemofilia severa, moderada y suave

Los niños con deficiencia de los factores VIII y IX se encuentran a uno de estos tres niveles. Esto quiere decir que un niño con hemofilia pueda pertenecer al grupo de factor VIII severo, factor VIII moderado o factor VIII suave. Técnicamente, la diferencia entre los tres niveles de deficiencia de factor tiene que ver con el nivel de la actividad del factor y no con su presencia. (Navarro.J, 1996).

Un niño con hemofilia severa tiene menos de 1% de factor activo en su sistema. Un niño con hemofilia moderada tiene actividad de 1% a 5%, y un niño con hemofilia suave tiene más de 5% a 50% de factor activo. El rango "normal" de factor activo es de un 50% a un 200%. Los niveles de factor activo más altos se encuentran a menudo en las mujeres embarazadas, en las personas que recién han llegado de hacer ejercicios extenuantes, y otros grupos. En las personas en que el nivel es de 25% y 50%, por lo general no tienen problemas fuera de lo común con la coagulación, aunque sus niveles se encuentren bajo los niveles normales y puedan indicar una deficiencia.

Cuando se diagnostica la severidad, por lo general ésta no cambia. Ejemplo: cuando se ha diagnosticado hemofilia suave, probablemente todas sus pruebas van a tener el mismo resultado. (Navarro.J, 1996).

La diferencia más importante para el vivir diario, radica en aquellos niños que son afectados severamente pueden sangrar espontáneamente, sin tener ninguna lesión o herida aparente, mientras que los niños afectados por una hemofilia moderada o suave van a sangrar siempre que haya una herida o lesión visible.

Esto por lo general, pero no siempre, significa que aquellos niños que están afectados en forma severa reciben en promedio, una infusión por semana (aproximadamente 50 infusiones al año). Algunos reciben más de 100 infusiones por año. Los niños con hemofilia suave puede que reciban más o menos la misma cantidad de infusiones, o quizás menos. Sin embargo, como cada niño es diferente, quizás un niño con hemofilia severa puede necesitar más o menos infusiones que el promedio.

El clasificar de esta manera a los niños con hemofilia moderada y suave puede ser mal interpretado por los padres; la cantidad de infusiones varía, ya que existe un rango grande en las posibilidades de la actividad del factor. (Shelby Diertich, 1990).

2.5. CAUSAS

Las causas de la hemofilia son dos:

- a) Genética, es decir por factores hereditarios que generalmente se manifiestan en los varones.
- b) Aparición espontánea, es decir sin que exista la hemofilia en la historia familiar.

Las huellas hereditarias se llevan en los genes. En el núcleo de cada célula dentro del cuerpo existen 50,000 a 100,000 genes microscópicos los cuales están localizados en grupos a través de los 46 cromosomas. Los genes producen proteínas las cuales van a dirigir la mayoría de los procesos del cuerpo, incluyendo la coagulación de la sangre.

Los cromosomas, y por lo tanto la mayoría de los genes, existen en pares dentro de cada célula en el cuerpo.

Los 46 cromosomas vienen en 22 pares de cromosomas "corrientes" y un par de cromosomas "del sexo", que se llaman así debido a que contienen información que determina el sexo de la persona.

En la mujer, ambos cromosomas del sexo son X (XX). En el varón, existe un cromosoma X y un cromosoma Y (XY). Como resultado de esto, en las mujeres existen duplicados de cada gen (uno en cada par de cromosomas), mientras que en los hombres existe sólo una copia de esos genes que se encuentran en cualquiera de los cromosomas del sexo. Por consecuencia, las enfermedades y desórdenes en el organismo humano que se deben a un defecto en uno de los cromosomas del sexo, tales como la hemofilia, muestran un molde específico de herencia y apariencia.

Las instrucciones para producir factor VIII y factor IX están localizadas en los genes del cromosoma X. Cualquier defecto en estos genes va estropear estas instrucciones, y la sangre no se coagulará en forma apropiada. Una madre la cual es portadora tiene un cromosoma X afectado con un gen defectivo, o mutado y un cromosoma X el cual viene sin defecto o es normal. El gene que no tiene defecto trae las instrucciones para la coagulación en forma correcta y se hace cargo de la función del otro también. Esta es la razón por la cual una madre podrá coagular la sangre en forma normal, pero sí puede traspasarle la hemofilia a su hijo.(J. C. Goldsmith, 1994).

Por otro lado, un niño hombre el cual recibe un gen con factor VIII defectuoso de su madre a través del cromosoma X no tiene otro cromosoma para reemplazarlo, por lo tanto no tiene la capacidad normal para coagular la sangre y presentará hemofilia. El grado de hemofilia (severa, moderada o suave) también es determinado por la severidad del defecto genético. Es dudoso que haya algún cambio en el nivel del factor de su hijo durante la vida de éste, y sus hermanos, tíos y primos hombres que tienen hemofilia, tendrán niveles similares de deficiencia del factor VIII.

2.6. TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en reemplazar los factores VIII y IX que faltan en una dosis apropiada, lo cual se llama "terapia de reemplazo de factor". Entonces la cadena de eventos en el proceso de coagulación van a seguir su curso normal para poder coagular la sangre. La rapidez con la que el niño se va a recuperar depende de la extensión de la lesión o herida.

Una transfusión total de sangre de una fuente de suministro normal de coagulación, duraría un corto tiempo; el factor sería usado, degradado y sería necesario volver a producir el factor para abastecer nuevamente el suministro. El niño no puede volver a producir factor para reabastecer el suministro por sí mismo debido a que su hígado no puede producir un suministro activo. Una vez más se encontraría con niveles inactivos de factor ya que la sangre fresca y completa, aun de una persona que no tiene hemofilia, no puede producir el factor.

La degradación del factor en la corriente sanguínea significa que la capacidad de coagulación lentamente se hace menos efectiva a través del tiempo y eventualmente desaparece.

Por eso es reemplazada constantemente en nuestro organismo, aunque no lo necesitamos la mayor parte del tiempo.

La efectividad del factor se mide en la "mitad de vida", que es el tiempo en que se demora la mitad de la actividad coagulante en desaparecer. La mitad de la vida del factor VIII es aproximadamente de 12 horas; esto significa que el factor es 100% efectivo inmediatamente hecha la infusión, pero a través de las 12 primeras horas su efectividad va a desaparecer en forma constante hasta llegar al punto en que tiene 50% de efectividad. Va a continuar perdiendo la mitad de su eficiencia cada 12 horas, por lo tanto después de 24 horas su efectividad será de un 25%, etc. El factor IX tiene una mitad de vida más larga, de aproximadamente 24 horas. Para poder asegurarse de que haya una coagulación segura después de lesiones o heridas graves quizás se necesiten varias infusiones durante unos días para vencer el proceso de degradación.

2.6.1.Preparación del concentrado de factor

Existen 3 tipos de concentrados de factor para los pacientes con deficiencia de los factores VIII y IX: intermedios, monoclonales y recombinados.

Las intermedias y monoclonales son derivadas del plasma humano; los recombinados son derivados de los genes, no de la sangre.

La producción de las intermedias y monoclonales comienzan de la misma manera: las compañías farmacéuticas primero juntan sangre entera de donadores voluntarios o pagados, los cuales han sido seleccionados a través de entrevistas. Se le hace a la sangre pruebas de laboratorios muy estrictas para ver si existen contaminantes virales tales como hepatitis y VIH.

Después de haber realizado las pruebas, el plasma, el fluido amarillento que contiene los factores coagulantes, se separa de los otros componentes de la sangre. Luego se agrupa el plasma y se fracciona. Los factores VIII y IX se pueden extraer del plasma con un grado de pureza bastante alta.

Estos son tratados con calor, el cual destruye o inactiva aquellos virus frágiles, o se lavan con un detergente solvente, el cual destruye la capa exterior de los virus haciéndolos inofensivos.

Este tipo de procedimiento está en uso desde 1985. Los concentrados intermedios se hacen por medio de un proceso adicional para separar el factor deseado de algunas otras proteínas que existen en el plasma.

Estos son lavados o tratados con calor, luego congelados con hielo seco y empaquetados.

Los concentrados monoclonales o ultrapuros tienen que pasar por una etapa más.

La solución que contiene los factores de coagulación es vaciada a través de un tubo vertical para la purificación.

El interior del tubo vertical está cubierto con una película de anticuerpos, especialmente diseñados para atraer solamente las moléculas del factor VIII y IX. Cuando se vacía la solución, el factor VIII ó IX se va a adherir a los anticuerpos como un imán. Cualquier otro material existente en el fluido, especialmente proteínas ajenas al fluido, pasarán de largo del tubo. Lo que queda es una cantidad muy concentrada de factor VIII ó IX.(Eckert. E, 1990)

2.7.La familia del niño con hemofilia.

Uno de los sentimientos que experimentan los padres de niños con hemofilia es la sobreprotección.

Ante la angustia por la enfermedad intentan evitar las hemorragias que pueda sufrir su hijo.

Frente a esta sobreprotección el niño se siente desconfiado de sus capacidades pues no se le permite llevar una "vida normal".

Si los padres son sobreprotectores pueden parecer muy autoritarios y no permitir que su hijo aprenda a tomar sus propias decisiones y experimentar las consecuencias de sus acciones. El niño puede convertirse en una persona indecisa, dependiente e incapaz de pensar por sí sola. (Kelly, 1993).

2.7.1. Etapas de Duelo.

Existe el duelo en esta enfermedad pues representa la pérdida de la idea y la fantasía de tener un niño sano.

Según Kelly (1993), el duelo consta de varias etapas que son: Conmoción, negación, enojo, depresión y culpa.

El duelo es una forma saludable de aprender a enfrentar el diagnóstico de la hemofilia y con el tiempo tomar el control de ella, siempre y cuando éstas etapas no controlen a la familia.

A continuación se explican las etapas de duelo:

Conmoción:

Es la primera etapa hacia la aceptación.

Los padres se sienten emocionalmente paralizados cuando se les informa que su niño tiene hemofilia; no existen reacciones ante la noticia.

Continúan con su rutina diaria, sin cambios notables de comportamiento. Este estado de parálisis emocional es un mecanismo de defensa que los protege del trauma de escuchar que su hijo tiene hemofilia. En lugar de sentirse abrumados o deprimidos (dos reacciones que podrían hacerles sentirse tan paralizados que no podrían cuidar a su hijo).

Negación:

Cuando una persona se encuentra en esta etapa, piensa que el diagnóstico fue equivocado. Los médicos se equivocaron o tal vez el laboratorio cometió un error.

La negación es un mecanismo de defensa normal y poderoso que también ayuda a sobrellevar la situación y brinda un control temporal sobre la vida.

La negación crea una barrera casi invisible alrededor de la familia y empuja el problema fuera de esa barrera.

El pensamiento inconsciente de los padres es: "Con el problema allá afuera, no tenemos que lidiar con él".

Enojo:

El enojo puede estar dirigido hacia algo, como a Dios, la naturaleza, el destino; o a alguien, incluso a la esposa.

El enojo nace de la frustración por no poder hacer nada para controlar el curso de los sucesos. El enojo es una reacción normal para soportar la situación, para ventilar la frustración que sienten frente a la incapacidad de hacer que la hemofilia desaparezca.

Los padres que experimentan enojo, significa que han comenzado a aceptar la enfermedad.

Depresión:

El periodo de depresión se caracteriza por tristeza, llanto y desesperación ante la idealización de un hijo sano.

Culpa:

Cuando los padres escuchan que su hijo tiene hemofilia, las madres especialmente se culpan a sí mismas y experimentan un enorme sentimiento de culpa. Esto se debe a, que en la mayoría de los casos de hemofilia la madre es la que transmite la enfermedad a su hijo, una madre portadora puede sentirse responsable de pasar genes "malos" a su hijo.

Los padres del niño con hemofilia se sienten muy desilusionados cuando su hijo tiene hemofilia, pues dicha enfermedad limita las habilidades físicas de su hijo. (idea narcisista del padre).

Una Madre que cree que es responsable del problema de su hijo puede obsesionarse por cuidarlo para asegurarse de que no le ocurra nada malo. A esto se le conoce como compensación excesiva. Esto puede causar problemas, estrés por tratar siempre de ser perfecta, de exigirse a sí misma y por alejar al esposo. (Kelly, 1993).

A veces, mientras que un cónyuge funciona de forma exagerada. El otro funciona de forma insuficiente.

Cuando la culpa no es elaborada, el padre del niño con hemofilia tiende a huir y a su vez culpar a Mamá.

Por lo que se puede concluir que en la familiar del niño con hemofilia existe un Padre ausente y una Madre sobreprotectora

Ya que el factor depresión se encuentra ubicado en las etapas de duelo y siendo el objetivo de dicha investigación; en el siguiente capítulo se amplía la información y la relación de la depresión infantil en niños con hemofilia.

III. DEPRESIÓN INFANTIL

3.1. CONCEPTO

Se define como una enfermedad, cuando la condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona. Los niños pueden sufrir de depresión al igual que los adultos. (Polaino y Lorente, 1988).

Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión. Desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurren como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual son perturbadas en grados diversos. (Polaino y Lorente, 1988).

La psiquiatría considera que la depresión cubre una amplia gama de cambios en los estados emocionales, que en términos de gravedad fluctúan entre cambios normales del humor de la vida cotidiana y episodios psicóticos graves (De la Fuente, 1997).

La depresión infantil ha sido asociada a diversos factores precipitantes como los bio-genéticos y psicosociales que son aquellos que se refieren a circunstancias o eventos críticos inmediatamente anteriores a la aparición de la misma.

Ya que la palabra depresión es ampliamente utilizada en el lenguaje coloquial, se explicarán las diferentes concepciones que puede tener en el ámbito de la Psicología clínica, ya que la depresión puede ser discutida como un síntoma, un síndrome o como un trastorno del estado de ánimo. (Solloa García, 2001).

Síntoma depresivo: varía desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico. Estos síntomas son comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, y no necesariamente de tipo afectivo.

Síndrome depresivo: Conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos y no están asociados por casualidad. Un síndrome depresivo puede ocurrir como un problema concomitante con una amplia variedad de otros trastornos médicos o psicológicos, como ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo y trastornos de conducta o tener lugar como consecuencia de ciertos tipos de estrés vital; por ejemplo, la pérdida de un ser querido. (Solloa García, 2001).

Trastorno depresivo: No sólo es un punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos. (Solloa García, 2001).

De acuerdo con Cameron (1982), las reacciones depresivas son desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad, esto es que existen quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable.

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), éstos son los criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico:

1. Estado de ánimo crónicamente depresivo o irritable la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
2. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - Pérdida o aumento de apetito.
 - Insomnio o hipersomnia.
 - Falta de energía o fatiga.
 - Baja autoestima
 - Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - Sentimientos de desesperanza.

Para Kovacs (1992), la depresión en niños es un trastorno del estado de ánimo en el que se presentan una serie de síntomas, tales como alteraciones de apetito y sueño, incapacidad para tomar decisiones, problemas de aprendizaje, sentimientos de culpa. Dificultades en las relaciones interpersonales, devaluación de su autoimagen y deficiencias en el desempeño general.

El término "depresión infantil" fue aceptado hace poco tiempo debido a la controversia del mismo. Actualmente es un hecho que el niño puede padecer depresión que afecta a su desarrollo y adaptación.

Según Ayuso y Sains (1981) en la práctica clínica, la mayor de las depresiones infanto-juveniles son depresiones enmascaradas caracterizadas esencialmente por trastornos del comportamiento. Tales como rebeldía y agresividad con la autoridad (padres, profesores, etc.).

Un factor importante de riesgo de depresión, es un ambiente negativo, el cual se ha llegado a encontrar en familias de padres depresivos, en donde las tensiones familiares están directamente relacionadas con la salud de los niños, ya que ésta se hace vulnerable a la Psicopatología reinante.

A medida que se acerca la edad escolar, se han observado periodos más prolongados de auténtica tristeza. Los escolares pueden sentirse desdichados, aunque no les es posible identificar los motivos de su aflicción.

Sencillamente responden al ambiente que les rodea, sin detenerse a pensar quienes son y si son buenos o malos. (Avilés Cobián,1989).

3.2. CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN INFANTIL

Según Calderón Narváez, (1987) La depresión infantil se clasifica en 3 categorías: a) aguda, b) crónica y, c) enmascarada.

a) Aguda y crónica:

Los dos primeros cuadros presentan síntomas semejantes: mal rendimiento y adaptación en la escuela, alteraciones en los patrones del sueño y de alimentación, sentimientos de miedo y desesperación, retardo psicomotor y, en ocasiones, ideas o intentos suicidas.

Con frecuencia pueden intercalarse periodos de agitación y de ansiedad. Para diferenciar el cuadro agudo del crónico, además del criterio de duración, se debe tomar en cuenta que en los cuadros agudos puede haber un trauma severo y reciente, básicamente relacionado a menudo con la pérdida de un ser querido, la separación de los padres, amputación de un miembro, cambio de domicilio, enfermedad, etc.

b) Enmascarada:

El cuadro de la depresión enmascarada no se presenta en forma reconocible, aparece una gran variedad de alteraciones emocionales como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicossomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia. La depresión subyacente debe inferirse por la presencia de fantasías con fondo depresivo y manifestaciones periódicas de síntomas depresivos evidentes.

3.3. CAUSAS

Aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión con fines didácticos, existen diversas causas, que son: a) genéticas, b) psicológicas, c) determinantes y pérdida del objeto. (Freud, 1914 -1916).

a) Causas Genéticas.

Algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco-depresiva. La tendencia a presentar este cuadro aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

b)Causas Psicológicas.

Estas causas se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

c)Causas Determinantes.

Existe la creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas, que aparecen en la niñez y de que para entender la neurosis de un paciente, se debe relacionar los síntomas del enfermo con algunas situaciones problemáticas que no fueron resueltas durante la infancia de acuerdo con lo dicho por Sigmund Freud en 1900.

d)Pérdida del objeto.

En la depresión neurótica el elemento "pérdida de objeto" es importante, ya que la pérdida puede ser reciente y real, puede haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente y amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante o un poder sexual declinante. Lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto a ellos. Freud,(1914 -1916).

3.4. ENFOQUES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES.

En 1971, Liberman y Raskin postularon el concepto de ganancia secundaria para explicar la causa de la depresión, explicando que el depresivo

emite conductas depresivas por que éstas son reforzadas frecuentemente por el medio, pues quienes lo rodean suelen intentar ayudarlo. Citado en Solloa García, 2001.

El modelo actual más elaborado es el que formuló Lewinson en 1974. para este autor la característica principal de la depresión es un déficit conductual, y la causa primaria es una baja tasa de refuerzo positivo contingente. Lewinson (1974), propone que la depresión está ocasionada por el siguiente paradigma: baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente. La baja tasa de respuesta está ocasionada por una falta de habilidades sociales; deficiencia que provoca que haya poco reforzamiento del ambiente.

Al mismo tiempo el ambiente también contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por sus conductas depresivas verbales y no verbales. (Solloa García, 2001).

3.4.1 Teoría cognitiva de Beck

Según Beck (en Matson,1989), en los estados depresivos se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una manera realista de pensar o de interpretar la realidad, por ello el individuo deprimido carece de elementos que son básicos para su felicidad.

El paradigma de Beck se centra en tres factores cognitivos:

- La tríada cognitiva: expectativas negativas respecto del ambiente, autoapreciación negativa y expectativas negativas respecto al futuro.
- Los esquemas depresógenos: se refiere a una forma estable de asimilar y explicar las experiencias de vida en la que los sujetos atienden selectivamente a los estímulos negativos y tienden a conceptualizar las situaciones en forma pesimista.
- Los errores cognitivos: son esquemas de pensar negativo que se desarrollan temprano en la vida y son reactivados en respuestas ante el estrés.
(Matson, 1989).

3.5. ENFOQUE PSICOANALÍTICO.

Cabe mencionar que son los autores con orientación psicoanalítica los que más han estudiado el fenómeno de la depresión.

En 1911, Abraham citado en Solloa García, 2001. Sostuvo que en la depresión, la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar.

Sostiene que la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes.

Sigmund Freud (1917) en su artículo "Duelo y melancolía" sugiere que los autorreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, sino hacia alguien que el paciente ama, amó o debería haber amado.

La melancolía se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio (empobrecimiento del yo).

Los reproches con los que la persona se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio yo.

Freud explicó que en la infancia el melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. (1951).

La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista. Ésta libido se retrajo hacia el yo produciendo así una identificación entre un sector del yo y el objeto abandonado. La furia del paciente se descarga contra el objeto que infligió la decepción original, que ahora está fusionado con una parte del yo.

Las situaciones que dan lugar a la enfermedad en la melancolía van más allá del caso transparente de la pérdida por muerte del objeto amado, y comprenden todas aquellas situaciones de ofensa, postergación y desengaño, que pueden introducir, en la relación con el objeto, sentimientos opuestos de amor y odio o intensificar una ambivalencia preexistente.

Según Klein (1948), la depresión infantil surge durante el cuarto o quinto mes de vida, cuando el bebé ya puede percibir los objetos de forma total. Cuando el infante reconoce su propia agresividad surge el temor de destruir los objetos buenos internos y externos.

Durante esta fase el niño puede mantenerse inhibido y deprimido debido al temor de que cualquier acción destruya a sus objetos buenos.

Esta etapa es resuelta para el infante cuando se da cuenta de que también es capaz de reparar los objetos dañados.

Klein vinculó también los padecimientos del depresivo con la culpa y el remordimiento que en su infancia experimentó debido al conflicto entre el amor y el odio incontrolables hacia sus objetos buenos.

El factor que más predispone a la depresión, según Klein, es la incapacidad del yo del niño para construir buenos objetos de amor.

En algunos trabajos realizados por Spitz, R. (1965), Describe un estado al que llamó "Depresión Anaclítica" en lactantes institucionalizados, privados del contacto con sus madres, encontrando en ella, la causa de ciertas muertes inexplicables en bebés y niños internados en hospitales.

Spitz, liga la depresión con una carencia afectiva muy marcada y menciona las siguientes características:

- Los niños se muestran llorones, exigentes, tienden a asirse a cualquier persona que se encuentre presente y logre hacer contacto con ellos. (primer mes).
- En ocasiones el lloriqueo se convierte en gemidos, se inicia la pérdida de peso y hay una detención en el índice de desarrollo. (segundo mes).
- Por último el niño se niega al contacto, pasa la mayor parte del tiempo en cama, inicia el insomnio y prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades, el retraso motor se generaliza e inicia la rigidez facial.

Spitz habla de 2 procesos en el crecimiento que de alguna manera van unidos a la depresión infantil:

Proceso de maduración: se inscribe en el patrimonio hereditario del individuo y no están sometidos al medio.

Proceso de desarrollo: depende de la aportación del ambiente y de las relaciones objetales.

Bowlby (1979) estudió el proceso de separación materno-infantil, describiendo las tres fases siguientes:

- Fase de protesta. Esta fase se caracteriza por terrores nocturnos, ansiedad, dificultades para dormir, reacciones de oposición y regresión en el comportamiento alimentario, pues el niño solicita que su madre vuelva y espera tener éxito en su petición por ello lo hace llorando y furioso.
- Fase de desesperación. En esta fase se observa disminución de la movilidad y plasticidad psicomotriz, indiferencia ante los estímulos que se le presentan, el niño esta aparentemente tranquilo pero preocupado como antes por la ausencia materna.
- Fase de desapego. Esta fase se caracteriza por la reducción de la vida de relación del niño a sus necesidades primarias, apatía, indiferencia y varias manifestaciones depresivas. Parece haber olvidado a su madre, de modo que cuando ella se acerca, el niño se muestra desinteresado.

Podemos concluir que dichas teorías psicoanalíticas nos hablan de la infancia que se verá reflejada durante el desarrollo, pues la pérdida del objeto o la introyección del mismo no fueron favorables para el niño.

3.6. SÍNTOMAS.

- Tristeza persistente.
- Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas.
- Desesperanza.
- Pérdida de interés en sus actividades favoritas o incapacidad para disfrutar de ellas.
- Ataques de rabia u hostilidad persistente.
- Aislamiento social. (Stark,k,1990)(Ajuriaguerra,1973).

3.7. Tratamiento

a) Tratamientos Farmacológicos:

Los antidepresivos tricíclicos (impiramina: 10mg de 2 a 4 años; 30 mg, de 4 a 8 años; 50 a 75 mg entre 8 y 15 años; clomipramina: 0,5 a 2 mg). Pueden mejorar temporalmente las conductas depresivas más manifiestas (tristeza, abatimiento, postración e incluso oposición y labilidad afectiva). Su efecto, no obstante, suele ser transitorio, y es habitual que desaparezca después de algunas semanas de utilización.

b)Terapias Relacionales:

Iniciar una psicoterapia es fundamental en la medida en que el niño, y sobre todo su medico familiar, la acepten y sean capaces de mantener la suficiente estabilidad para llevar el tratamiento a término.(Ajuriaguerra,1993).

La técnica psicoterapéutica está a su vez en función de la edad del niño, del terapeuta y de las condiciones locales: terapia analítica, psicodrama o de apoyo.

Cuanto más pequeño sea el niño, tanto más importante es la ayuda que debe suministrarse a la familia. La terapia conjunta madre-hijo es especialmente dinámica tanto para los pequeños como para la madre (restauración narcisista). Una de las metas de la psicoterapia es investigar lo que el paciente ha perdido, y cuando ha quedado claro el motivo de la tristeza del paciente, lograr su adaptación a esta situación. Para ello es necesario revisar todas las experiencias significativas del enfermo que se relacionen con el objeto perdido, ubicándolas en un mundo en el cual el objeto ha desaparecido.

c) Intervenciones sobre el medio.

Tienen como fin la restauración del vínculo madre-hijo de forma más satisfactoria. Son de diversa naturaleza, y en cada caso dependen de la importancia relativa de los factores ambientales y de los factores internos: carencia masiva, defunción de los padres, simple alejamiento transitorio, angustia de abandono más imaginativa que real, etc.

(Ajuriaguerra,1993).

En el siguiente capítulo se revisarán los aspectos característicos de la etapa de latencia, toda vez que en ella existen cambios importantes en el infante que aunados a la hemofilia pueden coadyuvar para que se presenten en los niños síntomas depresivos.

IV. PERIODO DE LATENCIA

4.1 CONCEPTO

Latencia no significa estado de reposo. La fase de latencia de ninguna manera se encuentra libre de problemas serios. Ni siquiera libera al niño de la dominación familiar, ya que todavía depende de la familia y del hogar para su protección, tanto física como emotiva, y para su seguridad y formación mientras aprende a establecer límites y construye sus realidades. (Cameron, 1982).

Durante los primeros años de vida hogareña, el niño promedio recibe protección, privilegios y una aceptación emocional íntima. Gracias a dicho trato por parte de los padres satisface sus primeras necesidades, erige su confianza básica y su seguridad general y desarrolla una compleja organización del yo; todo ello necesario para que pueda jugar de igual a igual con los niños vecinos. A la vez adquiere dominio sobre el uso de su cuerpo y sobre sus funciones.

En el hogar aprende algunas de las técnicas esenciales para asociarse con otras personas en situaciones de grupos y para comportarse como miembro de un grupo familiar.

En esta etapa el niño ha desarrollado una organización de superyo que le permite guiarse, controlarse y sentir autoestima, derivados de la guía, el control y la estima de sus padres.

La dependencia en el apoyo paterno para los sentimientos de valía y significación son reemplazados progresivamente durante el periodo de latencia por un sentido de autovaloración derivado de los logros del control que ganan la aprobación social y objetiva.

Los recursos internos del niño se unen a los padres como reguladores de la estimación propia. Teniendo al superyo sobre de él, el niño es capaz de mantener el balance narcisista en forma más o menos independiente, (Blos, 1962).

El principal cambio social durante la latencia es que, mientras el niño todavía es miembro de su grupo familiar, sale solo al mundo, amplía sus horizontes físicos y sociales.

Freud (1905) dice que en el periodo de latencia puede aparecer una manifestación fragmentaria de la sexualidad que ha evadido la sublimación; o alguna actividad sexual puede persistir a lo largo de todo el periodo de latencia hasta que el instinto sexual emerja con gran intensidad la pubertad.

Lo que en verdad cambia durante el periodo de latencia es el incremento del control del yo y del superyo sobre la vida instintiva.

Fenichel, (1945), citado en Blos, (1962), se refiere a esto "Durante el periodo de latencia las demandas instintivas no han cambiado mucho; pero el yo sí".

La actividad sexual durante el periodo de latencia está relegada al papel de un regulador transitorio de tensión; esta función esta superada por la emergencia de una variedad de actividades del yo, sublimatorias, adaptativas y defensivas por naturaleza.

Este cambio está promovido por el hecho de que las relaciones de objeto se abandonan y son sustituidas por identificaciones.

El cambio en la catexis de un objeto externo a uno interno puede muy bien ser considerado como un criterio esencial del periodo de latencia.

Anna Freud (1951), dice que el niño en periodo de latencia adquiere fuerza y competencia para manejar la realidad y los instintos (sublimación) con el apoyo de las influencias educativas. Durante este periodo la conducta se determina por las acciones del yo, como durante los primeros años estuvo dominada por instintos.

4.2. LOGROS EN EL PERIODO DE LATENCIA.

Los logros del periodo de latencia representan un paso muy importante para avanzar hacia la adolescencia. (Blos, 1962).

Los logros que se deben cumplir en este periodo son:

- La inteligencia debe desarrollarse a través de una franca diferenciación entre el proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio.
- La generalización y la lógica.
- La comprensión social.
- La empatía y los sentimientos de altruismo.
- Las funciones del yo deben de haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y a la desintegración bajo el impacto de situaciones de la vida cotidiana.
- El yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo.

Según Piaget (1967), los niños que tienen de 7 a 11 años de edad se encuentran en el periodo de operaciones concretas en el cual los niños comienzan a adquirir operaciones cognoscitivas y aplican estas nuevas habilidades cuando piensan sobre los objetos y situaciones que han visto, escuchado o experimentado de alguna manera. En este periodo los niños son capaces del pensamiento lógico; aunque sólo puedan aplicar lógica a los objetos concretos, su pensamiento se ha vuelto flexible.

En la teoría de Erikson citado en Dicaprio, (1997), el yo es la parte de la mente que da coherencia a las experiencias conscientes o inconscientes, considera que el yo tiene un propósito unificador global que conduce a

conductas y comportamientos consistentes, sus defensas son adaptativas al igual que desadaptativas.

Erikson (1950), definió al yo como una fuerza intensa, vital y positiva: una capacidad organizadora del individuo que conduce a "la fuerza que puede reconciliar discontinuidades y ambigüedades". Concebía al superyo y a la conciencia humana en términos de un proceso evolutivo.

También nos habla de las etapas psicosociales del desarrollo, Dichas etapas son: a) confianza contra desconfianza: esperanza, b) autonomía contra vergüenza y duda: voluntad, c) iniciativa contra culpa: determinación, d) laboriosidad contra inferioridad: competencia, e) identidad del yo contra confusión de roles: fidelidad, f) intimidad contra aislamiento: amor, g) generatividad contra estancamiento: cuidado y h) integridad del yo contra desesperación: sabiduría.

a) Confianza contra desconfianza: esperanza:

La dualidad emocional de confianza contra desconfianza es la consideración clave de la primera etapa, la cual corresponde a la oral, sensorial y cinestésica de Freud (1963). La actitud psicosocial básica que debe emprender en esta etapa es si se puede confiar en el mundo. La confianza básica implica una correlación percibida entre las necesidades propias y las de nuestro mundo.

b) Autonomía contra vergüenza y duda: voluntad:

Surge durante el segundo y tercer año de vida y corresponde a la etapa anal-muscular en el esquema psicosexual de Freud (1963). Los niños que comienzan a caminar, que están obteniendo beneficios rápidos en maduración neuromuscular, verbalización y discernimiento social, comienzan a explorar de manera independiente y a interactuar con su ambiente.

El negativismo de los niños de dos años de edad cuya palabra favorita es “no” es evidencia de su lucha por intentar la autonomía.

c) Iniciativa contra culpa: determinación:

En este periodo los niños están activos en su ambiente, dominan habilidades y tareas nuevas. Los preescolares dirigen sus actividades hacia objetivos y logros específicos.

d) Laboriosidad contra inferioridad: competencia:(dicha etapa es la que concierne al interés de esta investigación).

En esta etapa “laboriosidad” implica estar ocupado en algo, aprender a hacer algo y hacerlo bien. En esta etapa se le hacen nuevas demandas a los niños. Ya no son amados tan sólo por quienes son; se espera que dominen la tecnología de su cultura para ganar el respeto de sus profesores y compañeros.

Su capacidad para conformarse y dominar las tareas de este nivel depende en gran parte de lo exitoso que haya sido su paso por las etapas precedentes (Erikson,1950).

Si los niños salen de las etapas anteriores con un sentido básico de confianza, autonomía e iniciativa, están listos para el trabajo laborioso que presupone la “escuela”. Pero si su desarrollo ha dejado residuos pesados de desconfianza, duda y culpa, pueden tener dificultad para desempeñarse en un nivel óptimo.

El niño comienza a hacer comparaciones entre sí mismo y los demás y a percibirse con una actitud que puede ser menos o más favorable.

Los niños en esta etapa están listos para aprender a trabajar y necesitan desarrollar un sentido de competencia, fuerza del yo o virtud asociada con esta etapa. La competencia implica la capacidad para usar su inteligencia y habilidad para completar tareas que son de valor en la sociedad.

e) Identidad del yo contra confusión de roles: fidelidad:

El proceso de formar una identidad del yo requiere que el individuo compare cómo se percibe a sí mismo con cuán significativo, al parecer los demás esperan que él sea. "la identidad del yo, entonces, es un aspecto subjetivo, es la conciencia del hecho de que hay una autoigualdad y continuidad para los métodos sintetizadores del yo y una continuidad de lo que significamos para los demás". La identidad del yo da por resultado un sentido de individualidad coherente que nos permite resolver nuestros conflictos en forma adaptativa. Los adolescentes deben responder la pregunta "¿Quién soy yo?" de manera satisfactoria. Si fallan en esto sufrirán confusión de roles.

f) Intimidad contra aislamiento: amor:

La intimidad se refiere a la capacidad para desarrollar una relación cercana y significativa con otra persona.

El aislamiento implica la autoabsorción y una incapacidad para desarrollar relaciones que impliquen un compromiso profundo. El individuo es capaz de transformar el amor recibido en la infancia y comenzar a cuidar a otros.

g) Generatividad contra estancamiento: cuidado:

El adulto participa en forma activa en aquellos elementos de la cultura que asegurarán su mantenimiento y acercamiento. El fracaso en esto lleva a sentimientos de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal.

h) Integridad del yo contra desesperación: sabiduría.

La integridad del yo implica la capacidad de reflexionar sobre la propia vida con satisfacción aunque no todos los propósitos se hayan cumplido.

La desesperación implica el arrepentimiento por oportunidades perdidas e insatisfechas en un momento en que es demasiado tarde para comenzar de nuevo. La integridad del yo representa el fruto de las siete etapas que han precedido.

4.3. LATENCIA Y DEPRESIÓN.

Durante el periodo de latencia se da un desarrollo importante en la esfera cognitiva y social del niño. Al entrar en la escuela y comenzar a utilizar el lenguaje de manera más eficiente para intercambiar información, los niños están mejor capacitados para discriminar y describir sentimientos.

El niño comienza a formarse un juicio estable sobre sí mismo fundado en su propia evaluación.(Solloa, 2001).

En este periodo, los niños pueden reaccionar con tristeza ante una situación crónica de privación ambiental o ante una situación aguda de pérdida de las fuentes de gratificación necesarias. El niño es dependiente de su ambiente y de su familia por lo que la tristeza no refleja necesariamente un conflicto interno.

Se ha observado que niños deprimidos durante este periodo se dan por vencidos con facilidad; esta tendencia los predispone a sentirse impotentes y desesperanzados ante las lesiones infligidas a su autoestima.

Se han diferenciado dos tipos de tristeza en esta etapa:

- a) Los padres inhiben poco a poco las reacciones capaces de producir una sensación de satisfacción o placer. Esto se encuentra en familias en las cuales los padres establecen ideales irrealizables, utilizan el bochorno como una modalidad de castigo y se sienten amenazados por la individuación del hijo.
- b) El hijo responde directamente a la carencia de gratificación de su entorno. Este tipo de tristeza aparece en familias en las que los padres son depresivos o muestran una actitud de rechazo.

Los dos grupos también se manifiestan en niños que sufren una enfermedad física que les impide disfrutar de las actividades infantiles normales.

En este periodo el niño es tan competitivo que cualquier rechazo o fracaso se ve reflejado en su estado anímico.

V. METODOLOGÍA

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Esta investigación pretende comparar la depresión, en niños varones de 8 a 10 años edad con hemofilia "A" y niños varones sin hemofilia de la misma edad, pertenecientes a una escuela particular.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Comparar si existen diferencias de ánimo-alegría en niños con hemofilia y niños sin hemofilia.
- Comparar si existen diferencias en cuanto a sentimientos de tristeza, desgracia y llanto en niños con hemofilia y niños sin hemofilia.
- Comparar si existen diferencias en cuanto a la interacción social, aislamiento y soledad en niños con hemofilia y niños sin hemofilia.
- Comparar si existen diferencias de autoconcepto negativo en niños con hemofilia y niños sin hemofilia.
- Comparar si existen diferencias de preocupación por la muerte en niños con hemofilia y niños sin hemofilia.
- Comparar si existen diferencias de sentimientos de culpabilidad en niños con hemofilia y niños sin hemofilia.

5.3. HIPÓTESIS.

Ha1. Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces presentarán un estado depresivo significativamente mayor que el de los niños sin hemofilia.

Ho1. No habrá diferencia en cuanto a la depresión en niños con hemofilia y sin hemofilia.

Ha2. Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayor incapacidad para experimentar animo-alegría que la de los niños sin hemofilia.

Ho2. No habrá diferencias en cuanto a la escala animo-alegría en niños con hemofilia y sin hemofilia.

Ha3. Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayores sentimientos de tristeza, desgracia y llanto (RA) que los niños sin hemofilia.

Ho3. No habrá diferencias en cuanto a la escala respuesta afectiva en niños con hemofilia y sin hemofilia.

Ha4. Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayor dificultad en la interacción social, aislamiento y soledad que los niños sin hemofilia.

Ho4. No habrá diferencias en cuanto a la escala problemas sociales en niños con hemofilia y sin hemofilia.

Ha5. Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán un autoconcepto negativo mayor al de los niños sin hemofilia.

Ho5. No habrá diferencias en cuanto a la escala de autoestima en niños con hemofilia y sin hemofilia,

Ha6. Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayor preocupación por la muerte que los niños sin hemofilia.

Ho6. No habrá diferencias en cuanto a la escala de preocupación por la muerte en niños con hemofilia y sin hemofilia.

Ha7. Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayores sentimientos de culpabilidad que los niños sin hemofilia.

Ho7. No habrá diferencias en cuanto a la escala sentimientos de culpabilidad en niños con hemofilia y sin hemofilia.

5.4. VARIABLES.

Variable Independiente: Hemofilia: Es un desorden genético que dificulta la coagulación de la sangre

Variable Dependiente: Depresión: Se define como una enfermedad, cuando la condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona. Se mide con los siguientes aspectos

AA: Ánimo-alegría, alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

RA: Respuesta afectiva, alude a los sentimientos de tristeza, desgracia y llanto del niño.

PS: Problemas sociales, se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

AE: Autoestima, se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor. (sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño).

PM: Preocupación por la muerte, alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

SC: Sentimiento de culpabilidad, se refiere a la auto punición del niño

DV: Depresivos varios, incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

TP: Total positivo

TD: Total depresivo

Sexo, edad, nivel socioeconómico y escolaridad.

5.5. SUJETOS

Niños de 8 a 10 años con hemofilia "A" y niños de 8 a 10 años sin hemofilia.

Ambos grupos son de sexo masculino, mexicanos, nivel socioeconómico medio, estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria pertenecientes a escuelas particulares.

5.5.1. MUESTRA

30 niños varones de 8 a 10 años con hemofilia "A".

30 niños varones de 8 a 10 años sin hemofilia.

Nivel socioeconómico medio, pertenecientes a escuelas particulares de 4to, 5to y 6to de primaria.

5.6. INSTRUMENTO

El "CDS" es la única escala disponible en México para la medición de la depresión infantil.

Autores: M. Lang y M. Tisher (1978).

Procedencia: Australia.

Significación: Evaluación global y específica de la depresión en los niños.

El cuestionario "CDS" contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo.

Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten 2 subescalas generales independientes: total depresivo y total positivo (TD y TP).

La primer subescala (TD) mide los siguientes factores: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento de culpabilidad y depresivos varios.

La segunda subescala (TP) mide los siguientes factores: ánimo-alegría y positivos varios.

Índices de confiabilidad de cada subescala

SUBESCALAS	ALPHA DE CRONBACH
AA	0,6614
RA	0,7804
PS	0,8026
AE	0,8114
PM	0,6578
SC	0,7472
DV	0,6194
PV	0,5781
TP	0,7519
TD	0,9366

Se realizaron varios estudios para la validación de dicha prueba en México (Duran y Plascencia,2002). Y los resultados fueron los siguientes:

La tabla de Baremos mexicanos en comparación a la de Baremos españoles, presenta notables similitudes, como puede apreciarse en las puntuaciones correspondientes a cada uno de los centiles y decatipos, excepto en TD, en donde se aprecian algunas diferencias en las puntuaciones correspondientes a los centiles 1 al 60, sin embargo, a partir del centil 65 en esta misma dimensión vuelven a concordar las puntuaciones de ambas tablas.

En cuanto a las diferencias encontradas respecto a las desviaciones típicas, aunque estas son mínimas, cabe recalcar que las mexicanas son relativamente mas grandes, lo que indica cierta tendencia de las puntuaciones a distribuirse normalmente.

5.7. PROCEDIMIENTO

Aplicación de la prueba y selección de grupos

Se eligieron 2 grupos de 30 niños varones de 8,9 y 10 años de edad, pertenecientes a escuelas particulares de nivel socioeconómico medio.

Para seleccionar el primer grupo (30 niños con hemofilia). El examinador realizó una cadena de contactos con los padres de niños con hemofilia y se citaron en grupos de 5. Para seleccionar el segundo grupo (30 niños sin hemofilia), el examinador acudió con el director de la escuela para solicitar permiso de aplicar la prueba "CDS" y así mismo explicarle la finalidad de la misma, ya que los niños elegidos deberían ser seleccionados bajo las siguientes características: varones, pertenecientes al rango de edad ya mencionado y que no padecieran ninguna enfermedad de tipo degenerativa o crónica.

Una vez seleccionados los grupos, prosiguió la aplicación de la prueba. La cual se realizó de forma grupal y oral, pues el examinador leía en voz alta las preguntas y los niños escribían las respuestas en el protocolo de la prueba. Para conocer las respuestas el examinador les proporcionó 5 cartoncitos que contenían la siguiente información:

- ++** Muy de acuerdo.
- +** De acuerdo.
- +/-** No estoy seguro.
- En desacuerdo.
- Muy en desacuerdo.

Dichos cartoncitos se colocaron en el pizarrón de tal forma que todos los niños logaran ver las respuestas. La aplicación se llevó a cabo en 12 sesiones cada una de 45 a 50 min. A cada sesión acudían 5 niños, (para ambos grupos fue la misma situación).

5.8. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio comparativo, así como un diseño de investigación transversal, pues su principal objetivo es recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único, no antes ni después.(Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis se llevó a cabo por medio de la fórmula t de student por ser una muestra pequeña (30 o menos sujetos), es un método de análisis estadístico, que compara las medias de dos categorías dentro de una variable dependiente, o las medias de dos grupos diferentes. Es una prueba paramétrica, es decir; que solo sirve para comparar variables numéricas.(Moreno V, Vallescar R, Martín M,1991)

VI. RESULTADOS

Niños con hemofilia

	AA	RA	PS	AE	PM	SC	TP	TD
1	11	28	33	27	25	26	37	170
2	11	28	31	26	29	22	33	173
3	14	28	24	22	21	25	34	151
4	26	34	36	36	28	33	32	206
5	28	22	31	33	32	25	36	183
6	28	27	35	38	28	33	34	196
7	18	25	29	30	22	25	34	165
8	20	29	30	31	30	36	35	198
9	24	27	36	33	27	25	41	189
10	32	37	35	35	33	30	46	214
11	37	38	31	28	34	24	35	196
12	36	38	31	28	34	27	39	197
13	29	27	32	32	32	24	49	191
14	21	20	27	27	25	26	37	159
15	21	17	24	25	24	26	32	149
16	29	22	32	33	32	25	32	188
17	37	39	32	28	35	28	36	203
18	33	38	35	36	35	28	31	217
19	22	30	33	32	30	35	41	198
20	20	36	36	36	26	34	45	209
21	19	25	29	31	23	25	32	169
22	30	29	36	40	31	34	37	211
23	14	26	25	22	23	27	38	155
24	11	28	32	26	24	18	31	160
25	16	11	25	24	20	34	31	149
26	12	23	31	17	31	21	32	161
27	22	31	30	24	20	24	27	161
28	20	23	31	34	32	37	30	198
29	12	28	30	31	28	28	37	175
30	24	25	22	25	24	22	37	149
TOTAL	677	839	924	890	838	827	1071	5440
MEDIA	22.57	27.97	30.80	29.67	27.93	27.57	35.70	181.33

Niños sin hemofilia

	AA	RA	PS	AE	PM	SC	TP	TD
1	14	20	15	14	18	24	37	117
2	13	18	13	12	16	23	37	108
3	14	20	15	11	11	20	36	100
4	14	20	14	10	10	21	47	100
5	14	11	8	12	21	16	46	98
6	13	17	12	11	10	21	56	92
7	13	17	13	11	11	22	48	98
8	12	19	14	11	11	19	36	98
9	12	13	15	14	15	18	44	99
10	16	15	16	14	15	19	62	102
11	14	13	8	11	21	19	68	102
12	17	16	20	20	17	24	66	120
13	20	23	22	22	19	24	47	142
14	15	14	21	28	22	21	46	133
15	13	10	10	13	12	24	51	95
16	11	21	20	15	19	25	46	128
17	14	11	8	12	21	16	67	98
18	12	18	12	10	8	22	63	87
19	12	13	15	13	16	18	41	98
20	22	21	19	17	22	22	52	134
21	12	21	16	17	10	19	50	110
22	19	16	17	15	17	16	58	104
23	20	16	20	8	19	28	35	116
24	12	11	15	25	15	32	36	121
25	10	14	14	13	16	23	37	105
26	11	8	10	9	9	13	34	64
27	12	14	15	11	15	13	56	87
28	14	13	16	11	16	10	40	86
29	13	18	25	18	22	28	37	138
30	11	8	8	9	15	13	54	74
TOTAL	419	469	446	417	469	613	1433	3154
MEDIA	13.97	15.63	14.87	13.90	15.63	20.43	47.77	105.13

AA

SUJETOS	C/HEM	S/HEM	D	D2
1	11	14	-3	9
2	11	13	-2	4
3	14	14	0	0
4	26	14	12	144
5	28	14	14	196
6	28	13	15	225
7	18	13	5	25
8	20	12	8	64
9	24	12	12	144
10	32	16	16	256
11	37	14	23	529
12	36	17	19	361
13	29	20	9	81
14	21	15	6	36
15	21	13	8	64
16	29	11	18	324
17	37	14	23	529
18	33	12	21	441
19	22	12	10	100
20	20	22	-2	4
21	19	12	7	49
22	30	19	11	121
23	14	20	-6	36
24	11	12	-1	1
25	16	10	6	36
26	12	11	1	1
27	22	12	10	100
28	20	14	6	36
29	12	13	-1	1
30	24	11	13	169
TOTAL	677	419	258	4086
MEDIA	22.57	13.97		

 $t = 9.38 > 2.57$
 $gl = 58$

Nivel de significancia = 0.01

RA

SUJETOS	C/HEM	S/HEM	D	D2
1	28	20	8	64
2	28	18	10	100
3	28	20	8	64
4	34	20	14	196
5	22	11	11	121
6	27	17	10	100
7	25	17	8	64
8	29	19	10	100
9	27	13	14	196
10	37	15	22	484
11	38	13	25	625
12	38	16	22	484
13	27	23	4	16
14	20	14	6	36
15	17	10	7	49
16	22	21	1	1
17	39	11	28	784
18	38	18	20	400
19	30	13	17	289
20	36	21	15	225
21	25	21	4	16
22	29	16	13	169
23	26	16	10	100
24	28	11	17	289
25	11	14	-3	9
26	23	8	15	225
27	31	14	17	289
28	23	13	10	100
29	28	18	10	100
30	25	8	17	289
TOTAL	839	469	370	5984
MEDIA	27.97	15.63		

$t = 12.074 > 2.57$

gl= 58

Nivel de significancia= 0.01

PS

SUJETOS	C/HEM	S/HEM	D	D2
1	33	15	18	324
2	31	13	18	324
3	24	15	9	81
4	36	14	22	484
5	31	8	23	529
6	35	12	23	529
7	29	13	16	256
8	30	14	16	256
9	36	15	21	441
10	35	16	19	361
11	31	8	23	529
12	31	20	11	121
13	32	22	10	100
14	27	21	6	36
15	24	10	14	196
16	32	20	12	144
17	32	8	24	576
18	35	12	23	529
19	33	15	18	324
20	36	19	17	289
21	29	16	13	169
22	36	17	19	361
23	25	20	5	25
24	32	15	17	289
25	25	14	11	121
26	31	10	21	441
27	30	15	15	225
28	31	16	15	225
29	30	25	5	25
30	22	8	14	196
TOTAL	924	446	478	8506
MEDIA	30.80	14.87		

$t = 13.97 > 2.57$

gl= 58

Nivel de significancia= 0.01

AE

SUJETOS	C/HEM	S/HEM	D	D2
1	27	14	13	169
2	26	12	14	196
3	22	11	11	121
4	36	10	26	676
5	33	12	21	441
6	38	11	27	729
7	30	11	19	361
8	31	11	20	400
9	33	14	19	361
10	35	14	21	441
11	28	11	17	289
12	28	20	8	64
13	32	22	10	100
14	27	28	-1	1
15	25	13	12	144
16	33	15	18	324
17	28	12	16	256
18	36	10	26	676
19	32	13	19	361
20	36	17	19	361
21	31	17	14	196
22	40	15	25	625
23	22	8	14	196
24	26	25	1	1
25	24	13	11	121
26	17	9	8	64
27	24	11	13	169
28	34	11	23	529
29	31	18	13	169
30	25	9	16	256
TOTAL	890	417	473	8797
MEDIA	29.67	13.90		

$t = 13.18 > 2.57$

gl= 58

Nivel de significancia= 0.01

PM

SUJETOS	C/HEM	S/HEM	D	D2
1	25	18	7	49
2	29	16	13	169
3	21	11	10	100
4	28	10	18	324
5	32	21	11	121
6	28	10	18	324
7	22	11	11	121
8	30	11	19	361
9	27	15	12	144
10	33	15	18	324
11	34	21	13	169
12	34	17	17	289
13	32	19	13	169
14	25	22	3	9
15	24	12	12	144
16	32	19	13	169
17	35	21	14	196
18	35	8	27	729
19	30	16	14	196
20	26	22	4	16
21	23	10	13	169
22	31	17	14	196
23	23	19	4	16
24	24	15	9	81
25	20	16	4	16
26	31	9	22	484
27	20	15	5	25
28	32	16	16	256
29	28	22	6	36
30	24	15	9	81
TOTAL	838	469	369	5483
MEDIA	27.93	15.63		

$t = 12.92 > 2.57$

gl= 58

Nivel de significancia= 0.01

SC

SUJETOS	C/HEM	S/HEM	D	D2
1	26	24	2	4
2	22	23	-1	1
3	25	20	5	25
4	33	21	12	144
5	25	16	9	81
6	33	21	12	144
7	25	22	3	9
8	36	19	17	289
9	25	18	7	49
10	30	19	11	121
11	24	19	5	25
12	27	24	3	9
13	24	24	0	0
14	26	21	5	25
15	26	24	2	4
16	25	25	0	0
17	28	16	12	144
18	28	22	6	36
19	35	18	17	289
20	34	22	12	144
21	25	19	6	36
22	34	16	18	324
23	27	28	-1	1
24	18	32	-14	196
25	34	23	11	121
26	21	13	8	64
27	24	13	11	121
28	37	10	27	729
29	28	28	0	0
30	22	13	9	81
TOTAL	827	613	214	3216
MEDIA	27.57	20.43		

$t = 8.59 > 2.57$

gl= 58

Nivel de significancia= 0.01

TP

SUJETOS	C/HEM	S/HEM	D	D2
1	37	37	0	0
2	33	37	-4	16
3	34	36	-2	4
4	32	47	-15	225
5	36	46	-10	100
6	34	56	-22	484
7	34	48	-14	196
8	35	36	-1	1
9	41	44	-3	9
10	46	62	-16	256
11	35	68	-33	1089
12	39	66	-27	729
13	49	47	2	4
14	37	46	-9	81
15	32	51	-19	361
16	32	46	-14	196
17	36	67	-31	961
18	31	63	-32	1024
19	41	41	0	0
20	45	52	-7	49
21	32	50	-18	324
22	37	58	-21	441
23	38	35	3	9
24	31	36	-5	25
25	31	37	-6	36
26	32	34	-2	4
27	27	56	-29	841
28	30	40	-10	100
29	37	37	0	0
30	37	54	-17	289
TOTAL	1071	1433	-362	7854
MEDIA	35.70	47.77		

$t = 9.54 > 2.57$

gl= 58

Nivel de significancia= 0.01

TD

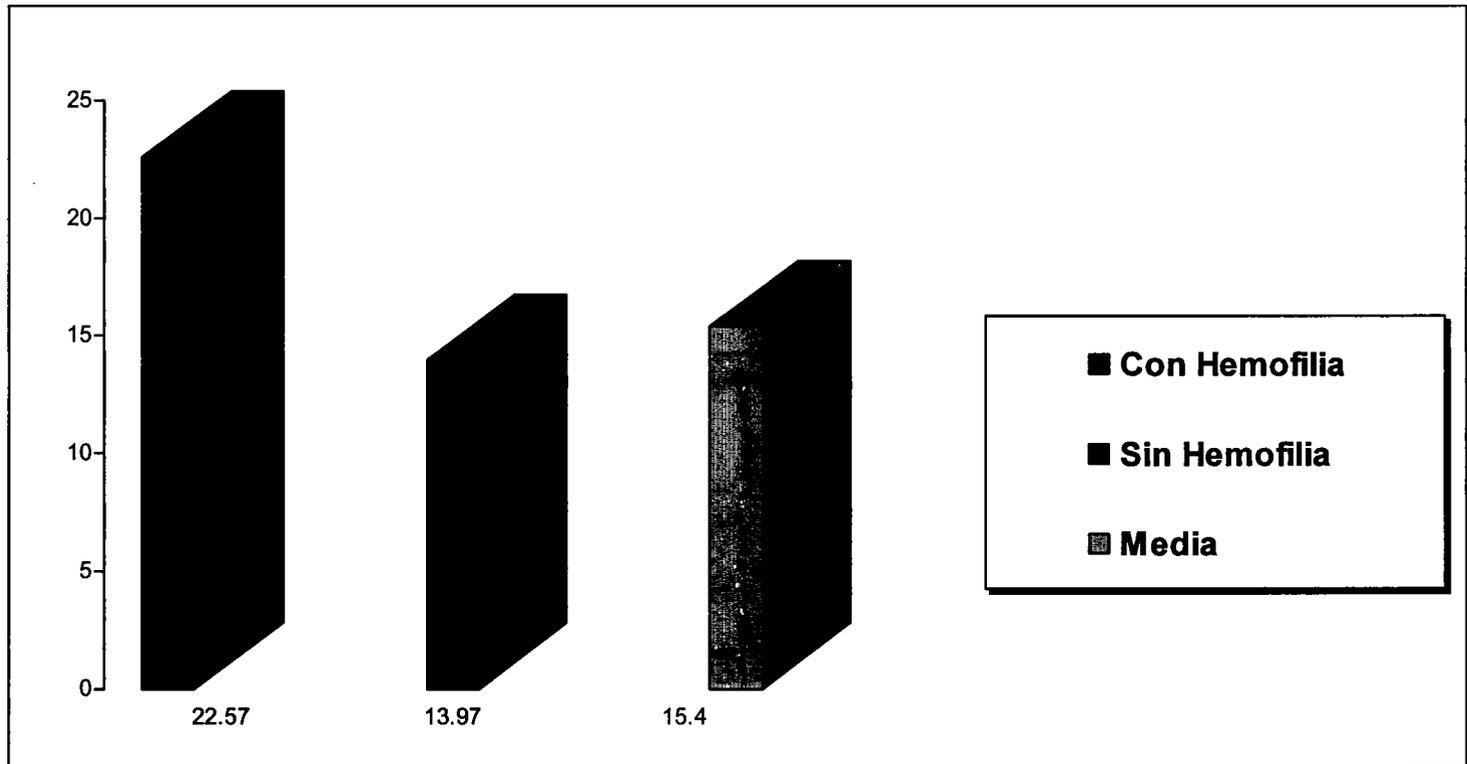
SUJETOS	C/HEM	S/HEM	D	D2
1	170	117	53	2809
2	173	108	65	4225
3	151	100	51	2601
4	206	100	106	11236
5	183	98	85	7225
6	196	92	104	10816
7	165	98	67	4489
8	198	98	100	10000
9	189	99	90	8100
10	214	102	112	12544
11	196	102	94	8836
12	197	120	77	5929
13	191	142	49	2401
14	159	133	26	676
15	149	95	54	2916
16	188	128	60	3600
17	203	98	105	11025
18	217	87	130	16900
19	198	98	100	10000
20	209	134	75	5625
21	169	110	59	3481
22	211	104	107	11449
23	155	116	39	1521
24	160	121	39	1521
25	149	105	44	1936
26	161	64	97	9409
27	161	87	74	5476
28	198	86	112	12544
29	175	138	37	1369
30	149	74	75	5625
TOTAL	5440	3154	2286	196284
MEDIA	181.33	105.13		

$t = 13.72 > 2.57$

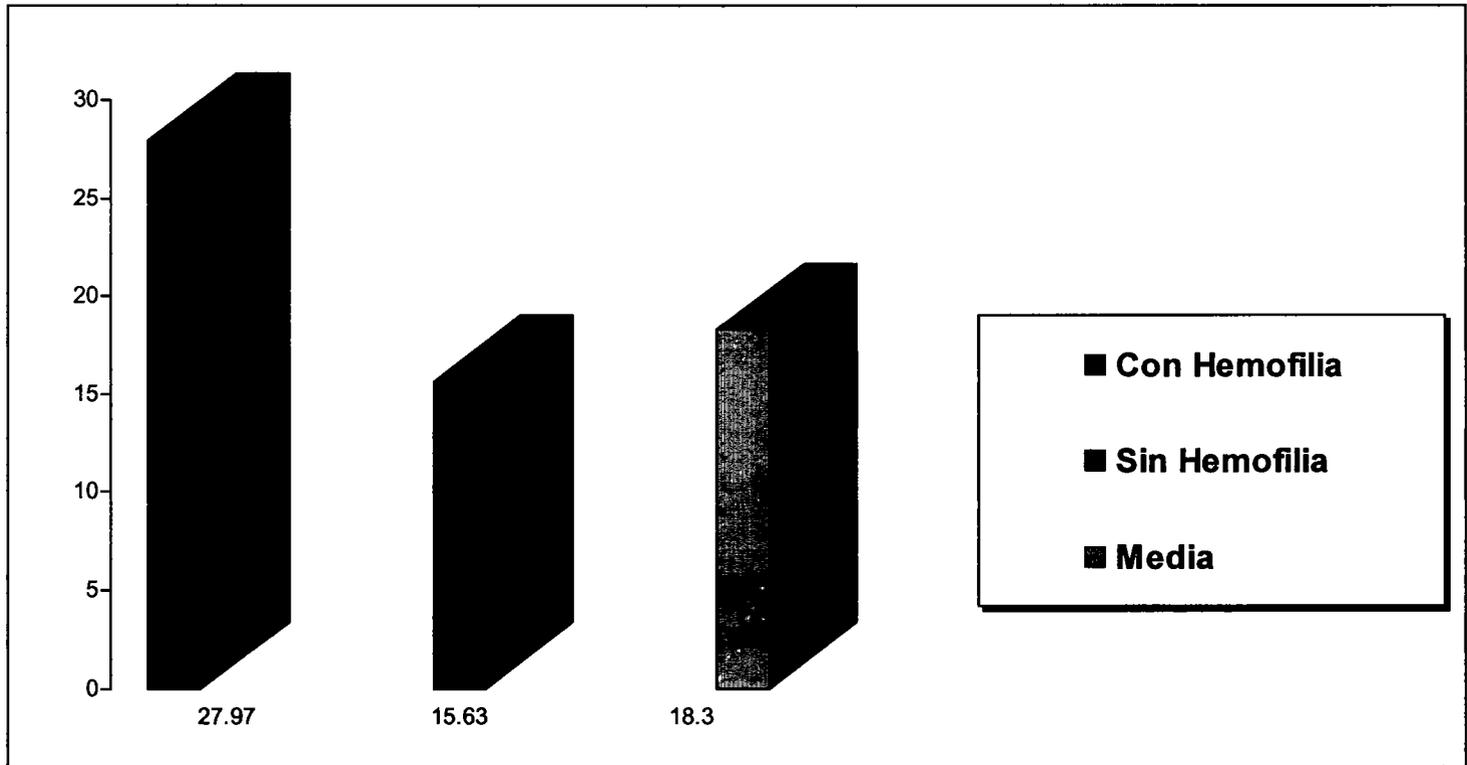
gl= 58

Nivel de significancia= 0.01

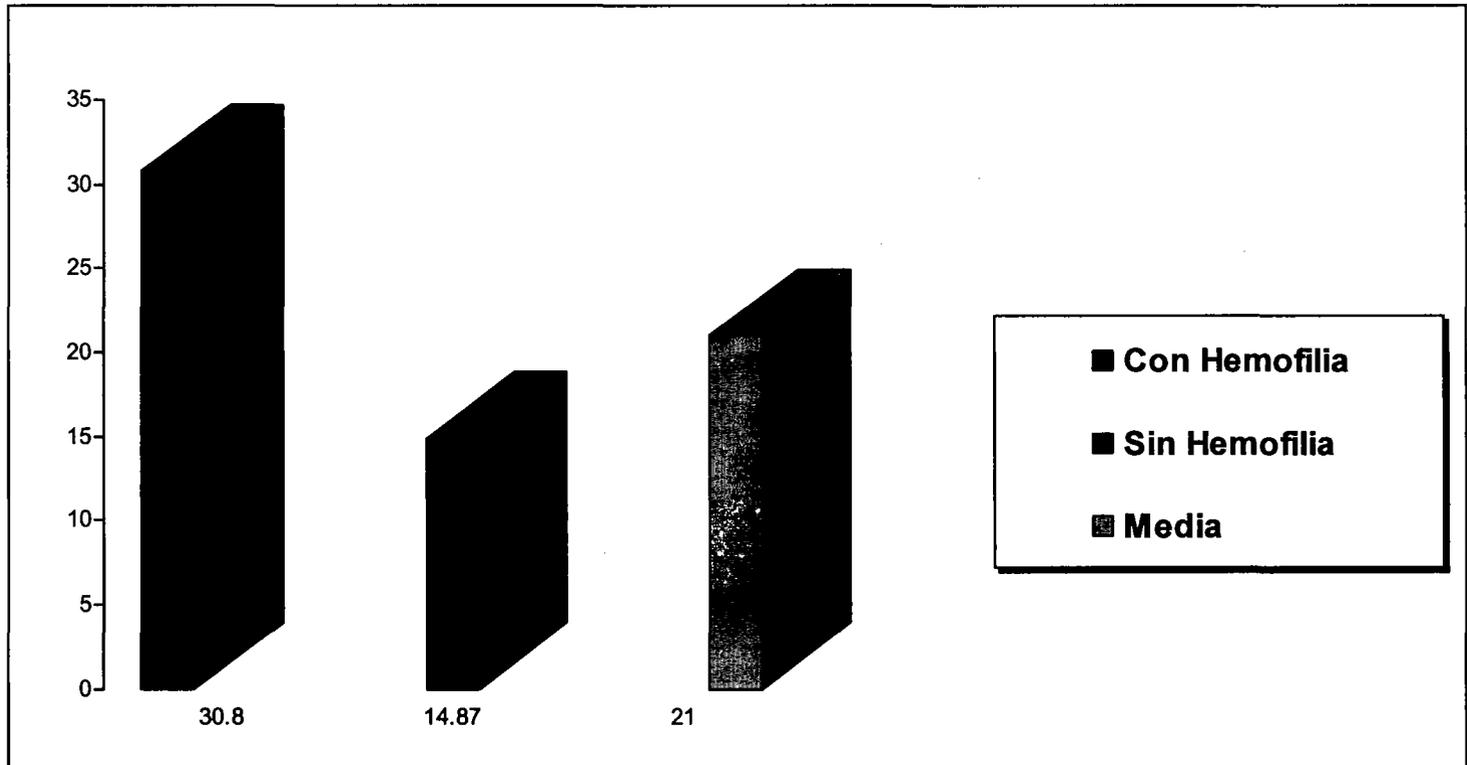
Ánimo-Alegría



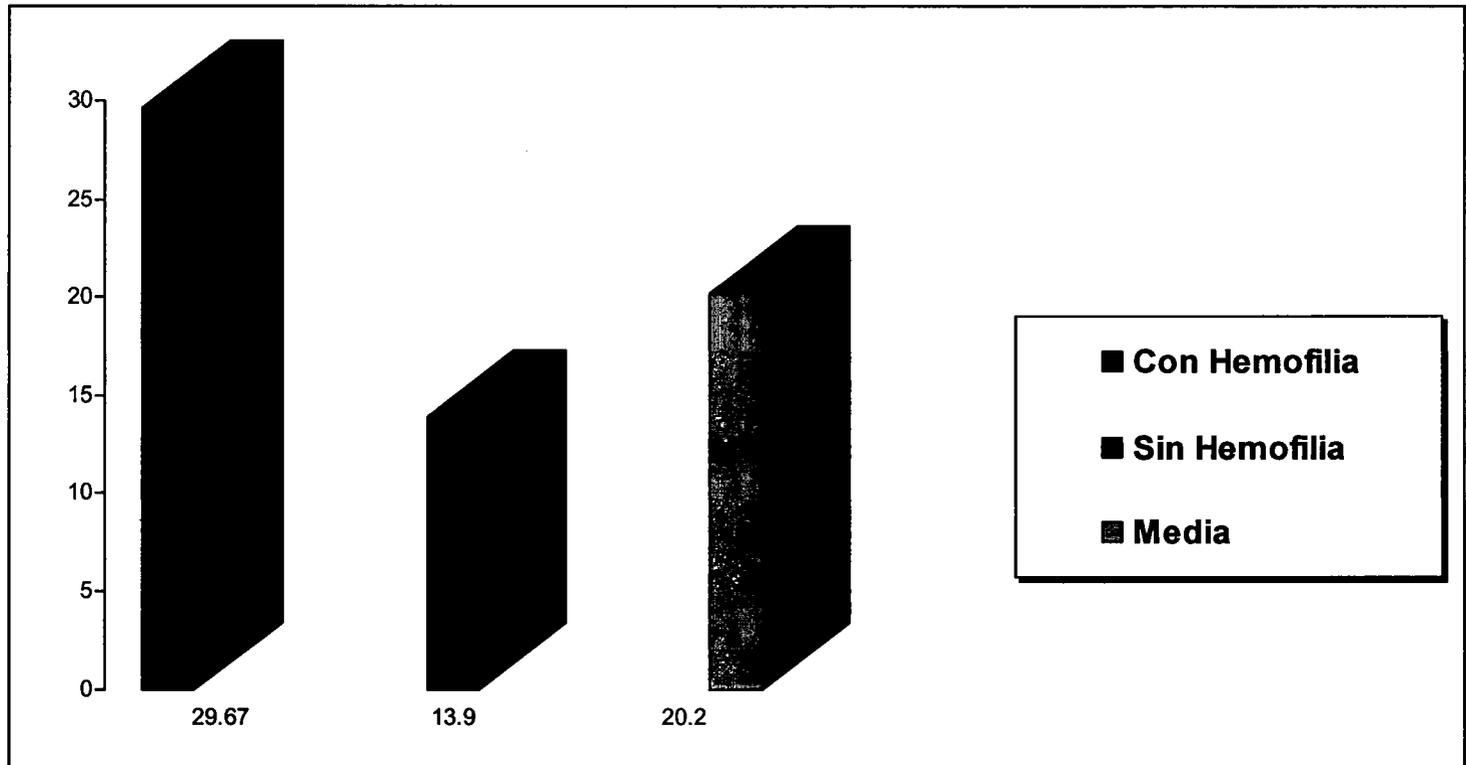
Respuesta afectiva



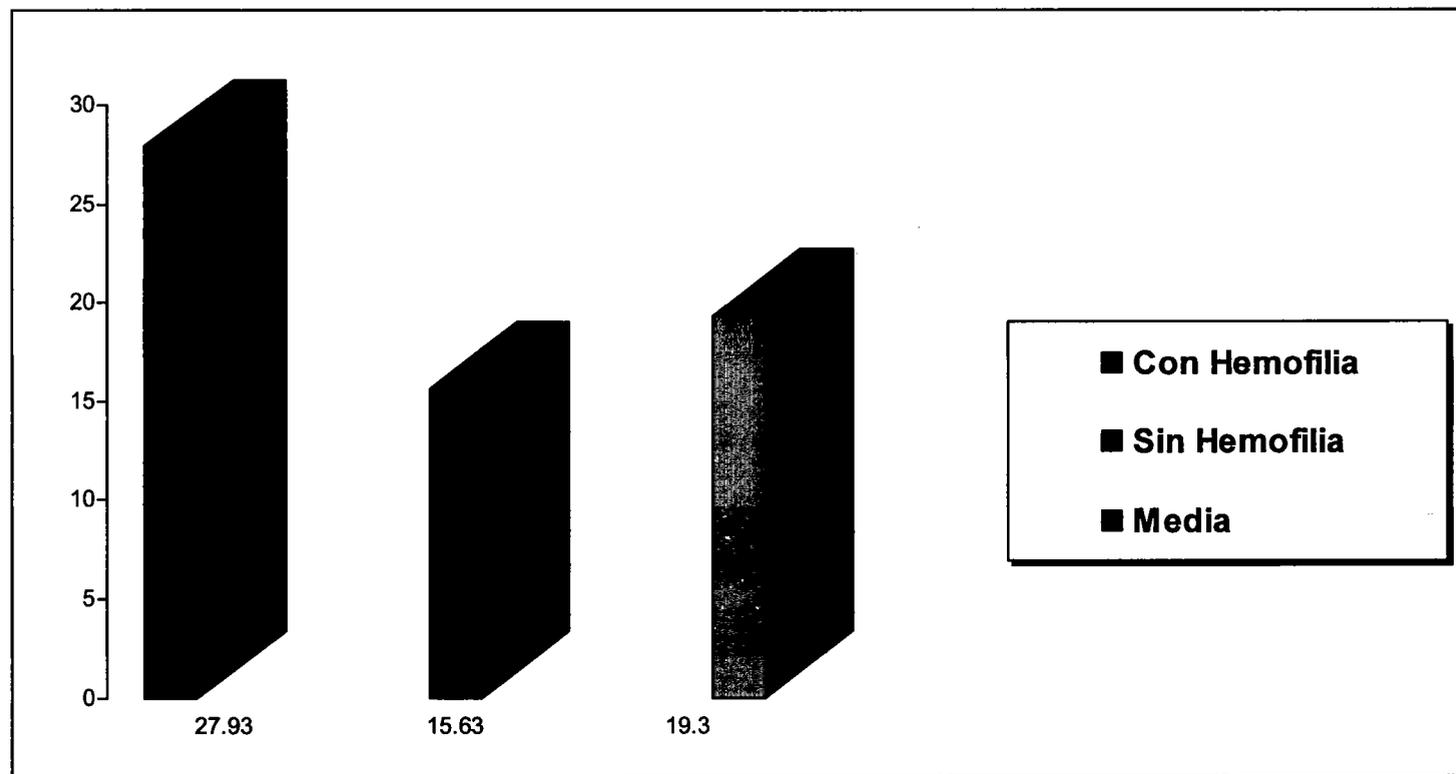
Problemas Sociales



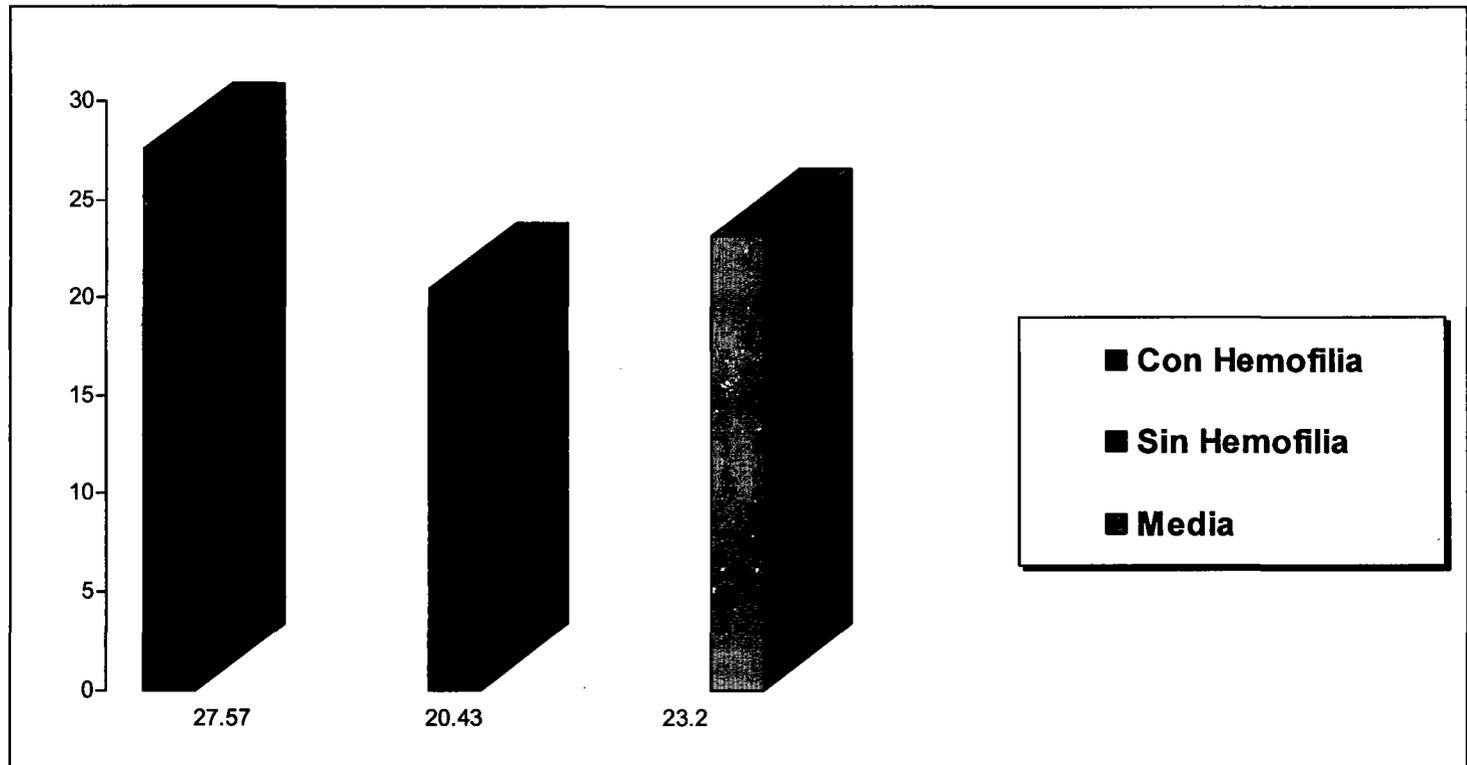
Autoestima



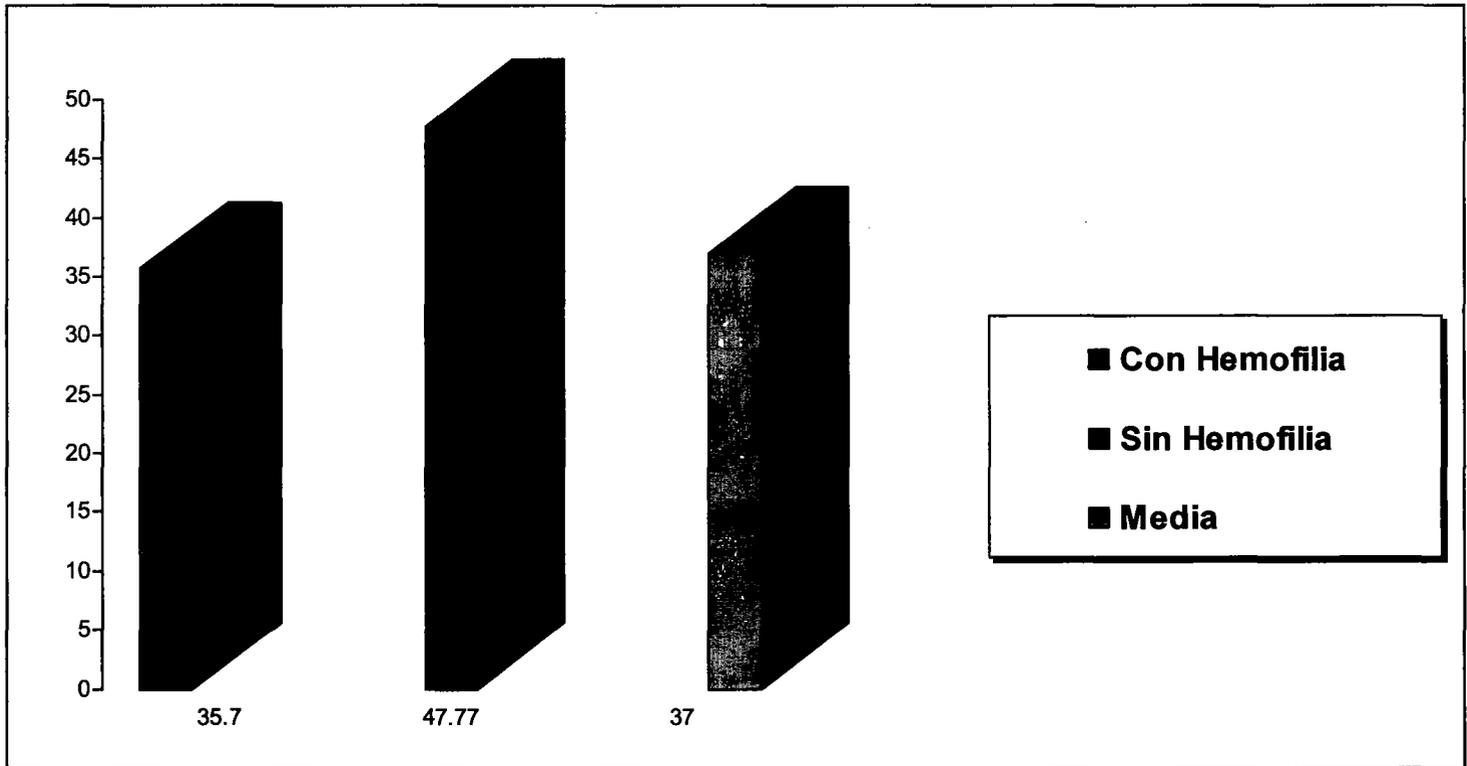
Preocupación por la muerte



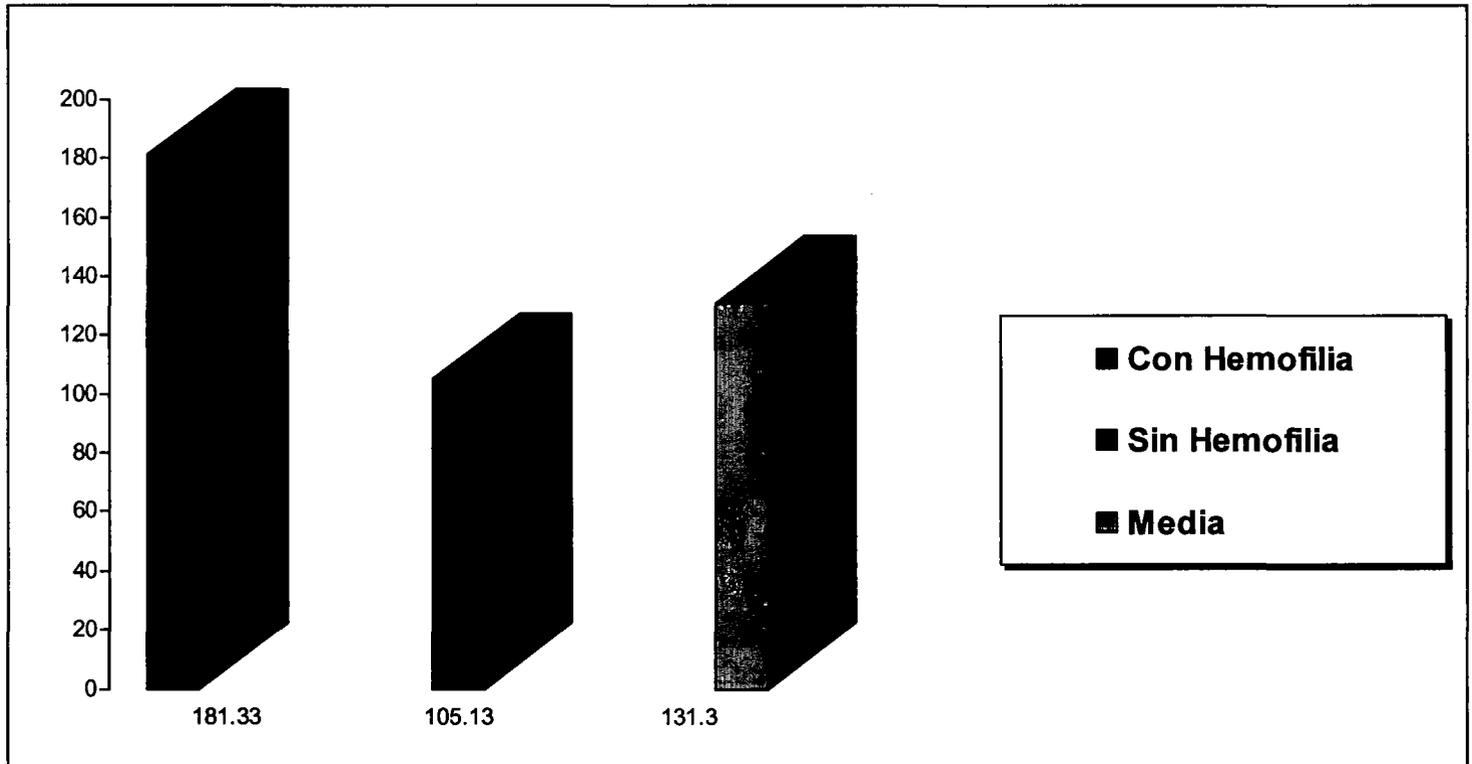
Sentimiento de culpabilidad



Total Positivo



Total Depresivo



VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es importante al analizar estos resultados, tomar en cuenta la población de la que se habla. La cual esta conformada por niños cuyas familias tienen un nivel socioeconómico medio. A reserva de estudiar más a conciencia este punto, por medio de una comparación entre puntajes con niños de otro nivel socioeconómico. Podría pensarse que en niños con un nivel socioeconómico bajo las puntuaciones cambiarían ya que no podrían conseguir el medicamento por ser este muy costoso y no tener las mismas oportunidades, incluso acudir con un médico, a diferencia de los niños de un nivel medio.

La hipótesis general de esta investigación es encontrar si los niños con hemofilia por estar sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces presentarán un estado depresivo mayor que el de los niños sin hemofilia.

Dicha hipótesis se acepta ya que los resultados son los siguientes:

Niños con hemofilia presentan una puntuación de 181.33, los niños sin hemofilia presentan 105.13, siendo la media de 131.3.

Con una t de 13.72 mayor a 2.57, 58 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0.01.

Según Kelly, 1993, los padres de niños con hemofilia son sobreprotectores, por lo cual evitan que el niño lleve una vida "normal" pues constantemente están preocupados por las hemorragias que pueda sufrir su hijo; asimismo la enfermedad no les permite realizar actividades, tales como jugar football, luchitas, e incluso cuando utilizan una bicicleta tienen que usar mayor protección que los niños sin hemofilia.

Es importante recordar que en esta investigación se utilizaron niños de 8 a 10 años de edad, lo cual nos habla del periodo de latencia.

Según Blos, 1962. esta etapa es la etapa de logros en la cual el niño debe alcanzar la comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo, el yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo, etc.

En el niño con hemofilia este proceso es diferente, pues no logra integrar el objeto, ya que ha sufrido y sufre su enfermedad como una pérdida lo cual le impide romper con el vínculo materno y permitirse ser dependiente.

Según Erikson, 1950, los niños de esta edad (8 a 10 años) se encuentran en la etapa de laboriosidad contra inferioridad lo que implica estar ocupado en algo, aprender a hacer algo y hacerlo bien, si los niños salen de las etapas anteriores con un sentido básico de confianza, autonomía e iniciativa, están listos para el trabajo laborioso que presupone la "escuela".

Pero si su desarrollo ha dejado residuos pesados de desconfianza, duda y culpa, puede tener dificultad para desempeñarse en un nivel óptimo.

Tal es el caso de los niños con hemofilia, ya que los padres no les dan las herramientas necesarias para enfrentarse al mundo pues constantemente viven angustiados por la enfermedad y vuelven a sobreproteger a sus hijos. Esta sobreprotección va acompañada de culpa misma que es transmitida al niño.

Hipótesis alternativa 2:

Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayor incapacidad para experimentar ánimo-alegría que la de los niños sin hemofilia.

Esta hipótesis se acepta pues los resultados son los siguientes:

Niños con hemofilia 22.57, niños sin hemofilia, 13.97 siendo la media de 15.4.

Con una t de 9.38 mayor a 2.57, 58 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.01.

Esta categoría alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

Abraham, 1911, citado en Solloa García, 2001, sostuvo que en la depresión, la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar, situación por la cual un niño con hemofilia no se siente capaz de experimentar alegría pues no tiene un objeto en el cual depositar o descargar su tristeza y la vuelca hacia si mismo.

Lo que nos lleva a confirmar la teoría de Freud (1951) en la cual nos habla de que la ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto debido al tipo de vinculación básicamente narcisista.

Esto es que los padres del niño con hemofilia tienen esperanzas idealizadas en su hijo y al darse cuenta que tiene hemofilia el ideal se pierde, por lo que retiran la carga libidinal, pues sus deseos narcisistas no son satisfechos y esto afecta al niño, en el sentido que ya no tiene en donde depositar dicha energía y se convierte en un ser incapaz de experimentar alegría, amor, o bien, ser amado.

Hipótesis alternativa 3:

Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayores sentimientos de tristeza, desgracia y llanto (RA) que los niños sin hemofilia.

Esta hipótesis se acepta ya que los niños con hemofilia presentaron una puntuación mayor en cuanto a sentimientos de tristeza, desgracia y llanto.

Los resultados son los siguientes:

Niños con hemofilia, 27.97, niños sin hemofilia, 15.63. siendo la media de 18.3, con una t de 12.074 mayor a 2.57, 58 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0.01.

Solloa, 2001, Kovacs, 1992 y Avilés Cobián, 1989 explican que un síntoma depresivo varía desde un estado de ánimo triste o infelicidad hasta sentirse desdichado o melancólico. Mencionan una serie de síntomas en la depresión infantil, tales como: incapacidad para tomar decisiones y deficiencias en el desempeño general.

Así como un periodo de gran tristeza en el periodo escolar, pues los niños se sienten desdichados, aunque no les es posible identificar los motivos de su aflicción

El DSM-IV menciona que uno de los síntomas de la depresión infantil son los sentimientos de desesperanza.

Spitz, 1965 dice que en el proceso de crecimiento existe un proceso de desarrollo el cual va a influir en la depresión del niño esto es por medio de una carencia afectiva muy marcada que puede darse desde el primer mes de vida, ya que la primera relación que tiene el niño, es con la madre y de ella dependerá que exista un buen vínculo afectivo y que acuda a las necesidades primarias del bebe, de no ser así, el niño se mostrará inquieto y con periodos de tristeza pues ahora niega el contacto emocional que algún día se le negó a él.

Hipótesis alternativa 4:

Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayor dificultad en la interacción social, aislamiento y soledad que los niños sin hemofilia.

Esta hipótesis se acepta pues los resultados son los siguientes:

Niños con hemofilia, 30.8, niños sin hemofilia, 14.87 siendo la media de 21.

Con una t de 13.97 mayor a 2.57, 58 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.01.

A los niños con hemofilia no se les facilita tener relaciones sociales o bien interactuar con el medio, pues se encuentran deprimidos esto es sinónimo a estar enojados con ellos mismos e incluso con su familia, pues durante el desarrollo fueron niños acostumbrados a que sus padres hicieran todo por ellos.

Por lo tanto, no saben como relacionarse o tener contacto social pues no tienen las herramientas ni el carácter para hacerlo, además existe el miedo al rechazo por su enfermedad.

Tal como lo dice Freud, Klein y Bowlby: si no existe una buena introyección de objeto, no tiene en donde depositar la energía libidinal y agresiva. Lo que hace que el niño se aparte de sus compañeros.

Según Ayuso y Sains, 1981, la mayoría de las depresiones infanto-juveniles, son depresiones enmascaradas, caracterizadas esencialmente por trastornos del comportamiento. Tales como rebeldía, agresividad con la autoridad y aislamiento con: padres, profesores, compañeros, etc. Conductas medidas en la prueba y que presentan los niños con hemofilia.

Hipótesis alternativa 5:

Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán un autoconcepto negativo mayor al de los niños sin hemofilia.

Esta hipótesis se acepta ya que los niños con hemofilia obtuvieron una puntuación mayor a los niños sin hemofilia, los resultados son los siguientes:

Niños con hemofilia, 29.67, niños sin hemofilia, 13.9, siendo la media de 20.2, con una t de 13.18 mayor a 2.57, 58 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.01.

En la etapa de latencia el niño ha desarrollado una organización de superyo que le permite guiarse, controlarse y sentir autoestima, derivados de la guía, el control y la estima de sus padres.

En la teoría de Blos, 1962, se confirma el hecho de que los recursos internos del niño se unen a los padres como reguladores de la estimación propia.

Teniendo al superyo sobre de él, el niño es capaz de mantener el balance narcisista en forma más o menos independiente, pero si el superyo es punitivo y sobreprotector (situación de los niños con hemofilia) el niño no tendrá la capacidad de valorarse por sí mismo pues constantemente necesitará la aprobación de sus padres.

Esto funciona como si el "yo" estuviera compartido como lo menciona Freud, 1917 en su artículo "Duelo y Melancolía" en el cual sugiere que los autorreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, sino hacia alguien que el niño ama, amó o debería haber amado, existe un empobrecimiento del yo, pues al no poder reprochar lo que siente a algún objeto externo lo hace hacia sí mismo.

Por otro lado, Cameron, 1982, dice que las reacciones depresivas son desórdenes del humor expresan la tensión y la ansiedad, esto es que existen quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable. Esto reitera que el autoconcepto si se relaciona con la depresión en niños con hemofilia.

Hipótesis alternativa 6:

Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayor preocupación por la muerte que los niños sin hemofilia.

Esta hipótesis se acepta ya que los niños con hemofilia mostraron mayor preocupación por la muerte que los niños sin hemofilia, los resultado son los siguientes:

Niños con hemofilia, 27.93, sin hemofilia, 15.63, siendo la media de 19.3, con una t de 12.92 mayor a 2.57, 58 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0.01.

Existe una preocupación constante en los niños con hemofilia por la muerte, ya que saben que tienen una enfermedad que no tiene curación y viven cuidándose de no tener hemorragias internas graves que los lleven a la muerte.

Con esta hipótesis se confirma el paradigma de Beck citado en Matson, 1989. en el que dice que con la depresión existen expectativas negativas respecto del ambiente, y expectativas negativas respecto al futuro.

También tienden a conceptualizar las situaciones en forma pesimista y a realizar esquemas negativos en su forma de vida.

Hipótesis alternativa 7:

Si los niños con hemofilia están sujetos a un tipo de vida, en el que desarrollar juegos, actividades sociales y recreativas están restringidas, entonces mostrarán mayores sentimientos de culpabilidad que los niños sin hemofilia.

Esta hipótesis se acepta ya que los niños con hemofilia mostraron mayor sentimiento de culpabilidad que los niños sin hemofilia, los resultados son los siguientes:

Niños con hemofilia, 27.57, niños sin hemofilia, 20.43, siendo la media de 23.2 con una t de 8.59 mayor a 2.57, 58 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.01.

Esta categoría se refiere a la autopunción del niño, esto es:

El niño siente que debe ser castigado por tener la enfermedad y por hacer sufrir a sus padres. Según Klein, 1948, cuando el infante reconoce su propia agresividad surge el temor de destruir los objetos buenos internos y externos, existe culpa y el remordimiento cuando el niño no se siente capaz de construir buenos objetos de amor.

Dentro del niño surge culpa por no ser el "hijo" que sus padres esperaban, pero al mismo tiempo esta situación le causa enojo, y no lo puede expresar, pues finalmente el enfermo es él (autopunción).

Es importante observar el papel que los padres juegan cuando tienen un hijo con hemofilia, la forma de enfrentar la enfermedad, tanto de su hijo como de ellos.

Se ha confirmado que el niño con hemofilia si se encuentra deprimido pues cumple con todos los signos y síntomas.

También es importante observar que en los resultados los niños sin hemofilia salieron por debajo de la media lo que hace suponer y por la información que existe en esta investigación, en el periodo de la latencia puede existir rasgos de depresión en niños que estén en esta etapa sin el factor "hemofilia" o por alguna razón que sería correspondiente de otra investigación.

VIII. ALCANCES, LIMITES Y SUGERENCIAS.

Actualmente se tiene poco conocimiento de la enfermedad de hemofilia, por lo mismo casi no existen investigaciones a como afecta la enfermedad al ámbito emocional, por lo que con esta investigación se pretende ampliar el conocimiento y padecimientos de los niños que la sufren.

Al encontrar depresión en estos niños, se abre un nuevo panorama a explorar y a conocer, pues el área emocional es muy importante para que estos niños logren sobrellevar la enfermedad y llevar un estilo de vida óptimo.

En cuanto a las limitaciones, es importante mencionar que la muestra empleada para la presente investigación (30 niños con hemofilia y 30 niños sin hemofilia) es pequeña por lo que, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados al resto de la población infantil mexicana, es decir, se sugiere que en futuras investigaciones se utilice una muestra mas grande con las mismas características consideradas en la presente.

Sería importante la existencia de mas instrumentos de medición para depresión infantil en nuestro país pues éstas enriquecerían la información de futuras investigaciones y a su vez darle mayor validez.

En cuanto a sugerencias para estos niños y su familia es llevar una terapia emocional que permita a la familia y al niño mismo la aceptación de la enfermedad, así como aprender a vivir con ella y lograr una mejor calidad de vida.

Ampliar la información en cuanto a la enfermedad, sobre todo en el ámbito emocional pues como ya se ha mencionado es un área poco explorada.

Se sugiere llevar un tratamiento integral, es decir, acudir con un especialista, el cual llevará el tratamiento farmacológico y a su vez un psicólogo para tratar el área emocional.

Es importante recalcar la idea de una terapia familiar pues esto es un problema que afecta a la dinámica familiar, pues no se trata de buscar culpables si no soluciones.

La técnica psicoterapéutica está a su vez en función de la edad del niño, del terapeuta y de las condiciones locales: terapia analítica, de juego, cognitiva, conductual, psicodrama o de apoyo.

IX. CONCLUSIONES.

Se puede concluir que tanto el tema de depresión infantil como el de hemofilia, son temas poco explorados y por lo mismo han sido poco relacionados.

En esta investigación se encuentra que si existe relación entre ambos temas, pues como se menciona en capítulos anteriores la hemofilia es una enfermedad de la sangre, un problema de coagulación, lo que hace que el infante no pueda realizar actividades correspondientes a las de sus coetáneos, los niños que tienen hemofilia, viven bajo un cuidado especial, pues cualquier golpe por muy pequeño que parezca puede tener grandes y graves complicaciones, son niños sometidos a tratamientos; tratamientos que no aseguran una cura pero sí un control.

Es importante involucrar a la familia en cuanto al desarrollo del niño con hemofilia se refiere, pues al existir una enfermedad en el círculo familiar, ésta crea diferentes reacciones como lo son las ideas narcisistas de los padres a su hijo, esto es que cuando piensan en el futuro miembro de la familia, tanto el padre y la madre ya le adjudicaron tareas o bien sueños que ellos mismos no lograron realizar en su infancia y al momento que reciben la noticia de que su hijo tiene hemofilia, todas esas idealizaciones se vienen abajo, lo que implica una pérdida para los padres, situación que es transmitida al hijo.

El niño comienza a desarrollarse en un ambiente de rechazo, depresión, negación e incluso culpa, ya que como se revisó en el capítulo 3 la madre tiende a sobreproteger y el padre se aleja, lo que implica que el infante no logre una buena introyección de los objetos de amor y esto genere baja autoestima, incapacidad para realizar actividades por sí mismo e incluso sentirse diferente a los demás pues no logra aceptar su enfermedad y constantemente vive preocupado por el futuro o bien por algún accidente que le provoque una hemorragia, por ende el niño se siente deprimido y mayor aún en el periodo de latencia, pues es una etapa donde el niño vive en constante competencia con sus compañeros, intenta obtener logros, conseguir su propia identidad y su propio yo.

El niño con hemofilia vive con un yo compartido y no logra sentirse como un individuo independiente y capaz de realizar diferentes actividades que no lo expongan a sufrir accidentes.

Una vez que se detecta que el niño con hemofilia se encuentra deprimido es importante profundizar y darle un seguimiento pues la situación emocional es un área descuidada y sumamente importante para que el niño y su familia logren aceptar la enfermedad y llevar un mejor estilo de vida.

X. BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. (1973). Manual de Psiquiatría infantil. España: Masson.

Ajuriaguerra, J. Y Marcelli, D. (1993). Psicopatología del niño. Barcelona: Masson.

Altman D. G. Preparing to analyse data. En: Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall; 1991. p.132-145.

American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.

Avilés Cobian, G. (1989). Depresión en la infancia y adaptación al medio escolar, familiar y social. Tesis de Lic. Facultad de Psicología, UNAM. México. D.F.

Ayuso, J. y Sains. (1981). La depresión; nuevas perspectivas clínicas etiopatológicas y terapéuticas. Ed. Interamericana. México. D.F.

Baker, L.B. (1991). You and hiv. Sanders co.

Blos, P. (1962). Psicoanálisis de la adolescencia. México, d.f. editorial Joaquín Mortiz.

Bowlby, J. (1979). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.

Calderón, G. (1987). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México, D.F: Trillas.

Cameron, N. (1982). Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México, D.F: Trillas

De la Fuente, R. (1997). Papel de la depresión en la patología humana. Rev. Psicología, 14, 12-13.

DiCaprio, N. (1997). Teorías de la Personalidad. México, D.F.: McGraw Hill.

Diertich, S. (1990). Cuidado comprensivo para la persona con hemofilia. La fundación nacional de hemofilia.

Eckert, E.F. (1990). Su niño y la hemofilia. Orthopedic hospital, la fundación nacional de hemofilia:1974.

Enciclopedia de la psicología Tomo 3
Ed: Océano (2000).

Endi, F. (1990). Su niño y la hemofilia. Orthopedic hospital, Fundación Nacional de hemofilia.

ERIKSON Erik, "Infancia y Sociedad", (1950) Buenos Aires, Editorial Paidós.

Freud, A. (1951). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Barcelona: Paidós.

Freud, A. (1971). Normalidad y patología en la niñez (2ª ed.). México: Paidós.

Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Obras completas Vol. XIV. Argentina: Amorrortu editores.

Goldsmith, J.C. (1994). Hemophilia: current medical management. National hemophilia foundation.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. México, D.F: McGraw-Hill.

James, D. (199). Los fundamentos de la enfermedad del VIH. La fundación nacional de hemofilia.

Kelly, L.A. (1993). Raising a child with hemophilia. Armour pharmaceutical co.

Klein, M. (1948). "sobre la teoría de la ansiedad y la culpa", en M. Klein, obras completas, vol 3, Paidós, España.

Kovacs, M. (1992). Depression in Children and adolescents. American Psychologist, 44: 209-215.

Lang, M. y Tisher, M. (2000). CDS : Cuestionario de depresión para niños (6 ed.). Madrid, Esp.: TEA Ediciones.

Manrique, B. (2003). La existencia de ideación suicida en una muestra de niños mexicanos de 9-10 años de edad:. México. D.F.

Matson, J. (1989). treating depression in children and adolescents, pergamon press, eua.

Moreno V, Vallescar R, Martín M. Las pruebas no paramétricas en análisis estadístico de datos. Aten Primaria 1991; 8 (1): 58-60.

Navarro, J. (1996). Guía básica de atención integral de la hemofilia. Madrid.

Piaget, J. (1967). La Psicología de la inteligencia. Barcelona: editorial Crítica.

Polaino-Lorente, A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Ediciones Morata.

Real Academia española. (1970). Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa -Calpe.

Revista Aventis Behring. Qué es la Hemofilia A. (2002). Madrid.

Revista, Avances, Vol.3. Número 7. (2001)

Solloa, L.M. (2001), los trastornos psicológicos en el niño. Editorial: trillas.

Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

Stark, K. (1990). Childhood depression: School Based Intervention. New York: The Guilford Press.

www.depressedchild.org/. Depressed child organization. (1997). Depression dangerous and overlooked.

www.pubmed.com.hemophiliadepresion. (2000)

www.SSA.gob.mx. INEGI. (2000). Niños con hemofilia de 8 a 10 años

ANEXO

- 1. REACTIVOS DEL CDS**
- 2. HOJA DE RESPUESTAS**
- 3. TABLA “t” DE STUDENT**

REACTIVOS DEL CDS

1. *Me siento alegre la mayor parte del tiempo.*
2. *Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.*
3. *A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.*
4. *A menudo creo que valgo poco.*
5. *Me despierto a menudo durante la noche.*
6. *Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.*
7. *Creo que se sufre mucho en la vida.*
8. *Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.*
9. *Siempre creo que el día siguiente será mejor.*
10. *A veces me gustaría estar ya muerto.*
11. *Me siento solo muchas veces.*
12. *Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.*
13. *Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.*
14. *A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.*
15. *Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.*
16. *Muchas veces mi madre/padre me hacen sentir que las cosas que hago son buenas.*
17. *Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.*
18. *Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.*
19. *A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.*
20. *Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.*

21. *La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.*
22. *A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.*
23. *Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.*
24. *En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.*
25. *Me divierto con las cosas que hago.*
26. *Frecuentemente me siento desgraciado / triste / desdichado.*
27. *Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.*
28. *A menudo me odio a mi mismo.*
29. *Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.*
30. *Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.*
31. *A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.*
32. *Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.*
33. *Casi siempre lo paso bien en el colegio.*
34. *A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.*
35. *La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.*
36. *A menudo me avergüenzo de mí mismo.*
37. *Muchas veces me siento muerto por dentro.*
38. *A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera.*
39. *A menudo la salud de mi madre me preocupa / inquieta.*
40. *Creo que mi madre / padre está muy orgulloso de mí.*
41. *Soy una persona muy feliz.*
42. *Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.*
43. *Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.*
44. *A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.*
45. *Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.*
46. *Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.*
47. *A veces sueño que tengo un accidente o me muero.*
48. *Pienso que no es nada malo enfadarse.*
49. *Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.*

50. *Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.*
51. *A veces pienso que no soy de utilidad para nadie.*
52. *Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.*
53. *A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero.*
54. *A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/ padre.*
55. *Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.*
56. *Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.*
57. *Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.*
58. *Creo que mi vida es desgraciada.*
59. *Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.*
60. *La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.*
61. *A veces me siento mal porque no amo y escucho a mí madre/ padre como se merece.*
62. *Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.*
63. *Tengo muchos amigos.*
64. *Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesante.*
65. *Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.*
66. *A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.*

CDS Hoja de respuestas

Apellidos y nombre

Curso Edad Sexo (V. o M.) Fecha

Centro

++	Muy de acuerdo
+	De acuerdo
+/-	No estoy seguro
-	En desacuerdo
--	Muy en desacuerdo

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--		++	+	+/-	-	--	PD	
1...	<input type="radio"/>		33...	<input type="radio"/>	AA								
2...	<input type="radio"/>		34...	<input type="radio"/>	RA								
3...	<input type="radio"/>		35...	<input type="radio"/>	PS								
4...	<input type="radio"/>		36...	<input type="radio"/>	AE								
5...	<input type="radio"/>		37...	<input type="radio"/>	PM								
6...	<input type="radio"/>		38...	<input type="radio"/>	SC								
7...	<input type="radio"/>		39...	<input type="radio"/>	DV								
8...	<input type="radio"/>		40...	<input type="radio"/>	PV								
													TP
													TD
9...	<input type="radio"/>		41...	<input type="radio"/>									
10...	<input type="radio"/>		42...	<input type="radio"/>									
11...	<input type="radio"/>		43...	<input type="radio"/>									
12...	<input type="radio"/>		44...	<input type="radio"/>									
13...	<input type="radio"/>		45...	<input type="radio"/>									
14...	<input type="radio"/>		46...	<input type="radio"/>									
15...	<input type="radio"/>		47...	<input type="radio"/>									
16...	<input type="radio"/>		48...	<input type="radio"/>									
17...	<input type="radio"/>		49...	<input type="radio"/>									
18...	<input type="radio"/>		50...	<input type="radio"/>									
19...	<input type="radio"/>		51...	<input type="radio"/>									
20...	<input type="radio"/>		52...	<input type="radio"/>									
21...	<input type="radio"/>		53...	<input type="radio"/>									
22...	<input type="radio"/>		54...	<input type="radio"/>									
23...	<input type="radio"/>		55...	<input type="radio"/>									
24...	<input type="radio"/>		56...	<input type="radio"/>									
25...	<input type="radio"/>		57...	<input type="radio"/>									
26...	<input type="radio"/>		58...	<input type="radio"/>									
27...	<input type="radio"/>		59...	<input type="radio"/>									
28...	<input type="radio"/>		60...	<input type="radio"/>									
29...	<input type="radio"/>												
30...	<input type="radio"/>		61...	<input type="radio"/>									
31...	<input type="radio"/>		62...	<input type="radio"/>									
32...	<input type="radio"/>		63...	<input type="radio"/>									
							64...	<input type="radio"/>					
							65...	<input type="radio"/>					
							66...	<input type="radio"/>					



Tabla A-1 Tabla de *t*

<i>df</i>	<i>P</i>	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0.05	0.02	0.01
1		0.158	0.325	0.510	0.727	1.000	1.376	1.963	3.078	6.314	12.706	31.821	63.657
2		0.142	0.289	0.445	0.617	0.816	1.061	1.386	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925
3		0.137	0.277	0.424	0.584	0.765	0.978	1.250	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841
4		0.134	0.271	0.414	0.589	0.741	0.941	1.190	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604
5		0.132	0.267	0.408	0.559	0.727	0.920	1.156	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032
6		0.131	0.265	0.404	0.553	0.718	0.906	1.134	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707
7		0.130	0.263	0.402	0.549	0.711	0.896	1.119	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499
8		0.130	0.262	0.399	0.546	0.706	0.889	1.108	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355
9		0.129	0.261	0.398	0.543	0.703	0.883	1.100	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250
10		0.129	0.260	0.397	0.542	0.700	0.879	1.093	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169
11		0.129	0.260	0.396	0.540	0.697	0.876	1.088	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106
12		0.128	0.259	0.395	0.539	0.695	0.873	1.083	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055
13		0.128	0.259	0.394	0.538	0.694	0.870	1.079	1.350	1.771	2.160	2.650	3.012
14		0.128	0.258	0.393	0.537	0.692	0.868	1.076	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977
15		0.128	0.258	0.393	0.536	0.691	0.866	1.074	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947
16		0.128	0.258	0.392	0.535	0.690	0.865	1.071	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921
17		0.128	0.257	0.392	0.534	0.689	0.863	1.069	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898
18		0.127	0.257	0.392	0.534	0.688	0.862	1.067	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878
19		0.127	0.257	0.391	0.533	0.688	0.861	1.066	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861
20		0.127	0.257	0.391	0.533	0.687	0.860	1.064	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845
21		0.127	0.257	0.391	0.532	0.686	0.859	1.063	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831
22		0.127	0.256	0.390	0.532	0.686	0.858	1.061	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819
23		0.127	0.256	0.390	0.532	0.685	0.858	1.060	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807
24		0.127	0.256	0.390	0.531	0.685	0.857	1.059	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797
25		0.127	0.256	0.390	0.531	0.684	0.856	1.058	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787
26		0.127	0.256	0.390	0.531	0.684	0.856	1.058	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779
27		0.127	0.256	0.389	0.531	0.684	0.855	1.057	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771
28		0.127	0.256	0.389	0.530	0.683	0.855	1.056	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763
29		0.127	0.256	0.389	0.530	0.683	0.854	1.055	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756
30		0.127	0.256	0.389	0.530	0.683	0.854	1.055	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750
∞		0.12566	0.25335	0.38532	0.52440	0.67449	0.84162	1.03643	1.28155	1.64485	1.95996	2.32634	2.57582

La tabla A-1 es una reimpresión de la tabla IV de Fisher: *Statistical Methods for Research Workers*, publicada por Oliver y Boyd, Ltd., Edinburgo, con permiso del autor y los editores.