

331525



U NIVERSIDAD
I NSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CON
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

"DEPRESION INFANTIL EN NIÑOS
DE EDAD ESCOLAR"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

C. SANDRA VERENICE MORA PRETELIN

DIRECTORA: LIC. MARIA GUADALUPE CUATZO MENDEZ

MÉXICO, D.F.

2005

m 341110



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

*Diamantes esparcidos por el mundo,
de una belleza e inocencia incomparables,
alegrías son de familias que saben amar,
la ilusión más grande de muchas mujeres,
que esperan sus nueve florecientes primaveras en sus vientres,*

ejemplos de amor y bondad,

imitadores por naturaleza,

solo ellos son capaces de ver cada día la belleza de la vida.

No saben de problemas ni tristezas,

no conocen el odio ni la maldad,

pero son los que más expuestos están a ella y los que mas la sufren,

y a pesar de todo solo piensan en jugar,

ellos solo saben amar,

solamente ellos diamante del mundo,

saben brillar en la oscuridad.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá:

Quise escribirte estas líneas antes de mi examen, para que las leas cuando yo me encuentre en el, y así recibir tus bendiciones en ese momento, quiero que sepas que te agradezco mucho el apoyo que me has dado.

Sé que he empezado un camino difícil y que la meta está aún lejos de conseguir.

Quiero que sepas que ya inicie esto y si Dios tiene para mí destinado un camino con muchos obstáculos, no me voy a detener y lo voy a conseguir, así me lleve la vida en ello.

Porque si algo he aprendido de ti todos estos años, es ha ser luchadora incansable de mis metas y mis sueños, y esta ya es una meta de mi vida, así que la batalla es más fácil de ganar si nos unimos, con amor y paciencia, pues somos seres diferentes pero con un mismo fin.

A mi papá:

Por darme la vida.

A mi abuelo:

A pesar de tu ausencia, siempre vives en mi corazón y en mi mente.

A mi abuela:

A ti abue, por estar siempre a mi lado, por compartir mis momentos felices y tristes, por escucharme, por tus consejos, por tu apoyo y comprensión, por la falta de tiempo que no te he podido brindar, sin embargo, te llevo siempre en mi corazón.

A mis hermanos:

Por todo lo que los amo y los quiero les brindo este trabajo y a pesar de la distancia siempre seguiremos juntos.

A mis tíos:

Con mucho cariño para todos ustedes.

A mis primos:

Por la dicha de compartir con ustedes mi vida desde la infancia.

A Yolanda:

Gracias, por tu amistad y apoyo que me has brindado en ésta etapa de mi vida.

A mis amigos:

Gracias por apoyarme, por las desveladas, por estar atrás de mí y no dejarme caer en el momento que sentí que ya no podía seguir adelante.

A mis profesores:

Por la enseñanza que me han dado y el apoyo que me han brindado.

A la primaria Plan de Ayutla:

Por brindarme la oportunidad y confianza para realizar éste trabajo.

A ti:

Porque contigo aprendí más de lo que imagine, sentí más de lo que podía sentir y morí más de lo que pensé que podía morir. Sin embargo lo más importante que me dejaste fue darme cuenta de que me enseñaste a vivir.

A la vida:

Por darme la oportunidad de vivir.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Sandra Verónica Mora Pretelín
FECHA: 17 Feb - 2005
FIRMA: 

A Jorge:

No puedo darte soluciones para todos los problemas de la vida,
ni tengo respuestas para tus dudas o temores,
pero puedo escucharte y buscarlas junto a ti.
no puedo cambiar tu pasado ni tu futuro,
pero cuando me necesites, estaré allí,
no puedo evitar que tropieces,
solamente puedo ofrecerte mi mano para que te sujetes y no caigas,
tus alegrías, tu triunfo y tus éxitos no son míos,
pero disfruto sinceramente cuando te veo feliz,
no juzgo las decisiones que tomas en la vida,
me limito a apoyarte, a estimularte y a ayudarte si me lo pides,
no puedo evitar tus sufrimientos cuando alguna pena te parte el corazón,
pero puedo llorar contigo y recoger los pedazos para armarlo de nuevo,
no puedo decirte quién eres ni quién deberías ser,
solamente puedo quererte como eres y ser tu amiga,
y yo también siento paz y alegría cuando los veo,
y cuando hablamos, sea en la alegría o sea en la serenidad,
en estos días pensé en mis amigos y amigas,
y, entre ellos, apareciste tú,
no estabas arriba, ni abajo ni en medio,
no encabezabas ni concluías la lista,
no eras el número uno ni el número final,
lo que sé es que te destacabas por alguna cualidad,
que transmitías y con la cual desde hace tiempo,
se ennoblece mi vida,
y tampoco tengo la pretensión de ser el primero,
el segundo o el tercero de tu lista,
basta que me quieras como amigo,
entonces entendí que realmente somos amigos,
hice lo que todo amigo: Ore...
y le agradecí a Dios que me haya dado la oportunidad,
de tener un amigo como tú,
Era una oración de gratitud: Tú has dado valor a mi vida...

(Jorge Luis Borges)

C O N T E N I D O

Introducción	1
<hr/>	
Marco Teórico	
<hr/>	
CAPITULO I	
1.1 Reseña sobre el maltrato infantil	5
1.2 La Familia	7
<hr/>	
CAPITULO II	
2.1 Reseña de Depresión Infantil	18
2.2 Depresión Infantil	20
2.3 Etiología	23
<hr/>	
CAPITULO III	
3.1 Factores de Riesgo	33
3.1.1 Violencia intrafamiliar	33
3.1.2. Alcoholismo	44
3.1.3 Drogadicción	54
<hr/>	
Metodología	60
<hr/>	
Resultados	71
Análisis de Resultados	80
<hr/>	
Conclusiones	83
<hr/>	
Bibliografía	88
<hr/>	
Anexo A - E	97
Anexo 1 - 13	109
<hr/>	

INTRODUCCION

La presente investigación pretende ser de gran utilidad para personas que se encuentran o no inmersas en el campo de la Psicología, con el fin de poder detectar Depresión Infantil e identificar factores de riesgo incidentes en este trastorno clínico.

En el capítulo I se hace una breve reseña del maltrato a los niños desde el siglo pasado, hasta la actualidad. La historia infantil, arroja que en los siglos pasados (s. XVI), la infancia era un “periodo macabro”, donde los padres tenían un poder absoluto hacia sus hijos, por lo que eran maltratados, golpeados, humillados, ignorados e incluso vendidos como esclavos, mutilados y en ocasiones asesinados. Sin embargo con el paso del tiempo se fue viendo un cambio en la actitud de los padres, poco a poco los menores fueron tomando peso en los hogares obteniendo mayor aceptación y procurándoles atención y protección, (s. XVI, XVII y XVIII).

A principios del siglo XX se introduce el concepto de salvar al niño, en donde la sociedad comienza a dar un estatus de “personas” a los menores. A partir de que la base primordial para lograr este objetivo era la familia, así como el vínculo afectivo y un ambiente cálido en la dinámica familiar.

Retomando a la familia, en el capítulo II, se hace hincapié que es el núcleo primordial que brinda o contribuye con aspectos positivos al adecuado desarrollo de la personalidad a los menores.

La familia es donde el individuo aprende lo humano. El recién nacido debe ser alimentado y protegido durante años. Al mismo tiempo se le van enseñando todas las acciones para sobrevivir automáticamente y para ser aceptado dentro del grupo social; por lo tanto, este núcleo familiar es el lugar donde se crean las personas, y donde los padres son los encargados de formar y contribuir directamente para el desarrollo emocional, personal, psicológico y social de los menores, Satir, 1972 (citado en González Martínez, 1999)

Tomando en cuenta lo anterior, los padres tienen como funciones principales impartir las nociones relativas a la defensa de la vida y la transmisión de los conocimientos pertenecientes a la cultura. En este aspecto los padres ejercen su autoridad con la que contribuyen y ayudan, como es sabido a introyectar a sus hijos la imagen protectora, a sí como también tiene como función marcar límites que significa inculcar la noción de realidad.

Es así como las expectativas de los padres son comprender las diferentes necesidades durante el desarrollo de los niños y poder explicarles las reglas que ellos imponen. (Minuchin, 1964). En el caso de la presente investigación “Depresión Infantil en niños de edad escolar” es importante tomar en cuenta que existen algunas exigencias de la vida moderna (económicas, sociales y emocionales), que hacen que resulte difícil alcanzar este ideal y brindar una buena calidad de vida a los hijos.

En el capítulo III, partimos de que los menores pueden presentar Depresión Infantil, concepto que anteriormente no tenía validez como tal. Hasta que en estudios realizados por Rene A. Spitz y John Bowlby, descubrieron que algunos niños pequeños, separados de sus madres por ingreso en instituciones hospitalarias u orfanatos presentaban un cambio importante en su comportamiento.

Este consistía en lloros, retraimiento, desinterés, apatía, descenso del apetito, mayor morbilidad y estancamiento del desarrollo físico. Tales características estaban muy cerca de lo que se consideraba una depresión en el adulto. Al síndrome descrito por Spitz se le denominó depresión anaclítica y hospitalismo (Spitz y Wolf, 1946).

Fue entonces cuando se comenzó a dar importancia al aspecto emocional de los menores, logrando la aceptación del concepto “Depresión Infantil” en 1971, en la Unión Europea de Paidopsiquiatras en el “IV Congreso de Paidopsiquiatría” de Estocolmo Suecia.

Por lo tanto, actualmente la Depresión Infantil está considerada como tal, caracterizada principalmente cuando el niño es incapaz de realizar una adaptación apropiada desde el punto de vista del desarrollo. Así mismo puede aparecer “la regresión” que es a menudo el mecanismo de elección de la depresión, con sentimientos disminuidos de valor, de desesperación y nulificación, como la pérdida de la autoestima y la inversión de la afectividad.

Aun que la etiología de la depresión puede ser biológica, o genética, en esta investigación sólo se consideran las causas externas tomando en cuenta como factores de riesgo a la Violencia Intrafamiliar, Alcoholismo y Drogadicción, por lo que en el capítulo III se describen éstos conceptos sus características, así como el impacto que generan los factores de riesgo en los menores desde el punto de vista psicológico, emocional y social.

La Violencia intrafamiliar conlleva serias repercusiones, afectando directamente la autoestima y el autoconcepto de los niños ya que en muchos casos el trato que los niños reciben es de rechazo, falta de atención, protección y afecto.

Es importante mencionar que el alcoholismo condiciona la dinámica familiar, ya que las personas alcohólicas van perdiendo el sentido de responsabilidad y juicio, por lo que terminan afectando física, verbal y psicológicamente a los menores.

En el aspecto de la drogadicción, también existen serias repercusiones en los menores, ya que existe una gran posibilidad de que en la edad adulta puedan ser dependientes de fármacos u otras sustancias químicas, así como tender a la delincuencia por esta necesidad adictiva.

Por lo anterior en esta investigación, el objetivo fue explorar Depresión Infantil en escolares entre ocho y nueve años de edad, pertenecientes a una Institución gubernamental. Haciendo referencia que en la revisión de otras investigaciones, únicamente se localizaron muestras pertenecientes a Instituciones privadas, identificando que existe otro tipo de factores que incide en Depresión Infantil.

En la presente investigación se observó que los menores se perciben inconscientemente desvalorados y poco pertenecientes al núcleo familiar, externando sentimiento de culpa y proyectándose hacia sus familiares de forma agresiva, irritable, sensible, con llantos excesivos, con niveles altos de ansiedad y angustia, lo que hace que tengan limitaciones para lograr una interacción social adecuada.

CAPITULO I

1.1 Breve reseña sobre el Maltrato Infantil

La infancia ha tenido que recorrer un largo y penoso camino desde un estado de ser mera posesión hasta el estado de ser considerados como personas (Hart,1991). Según este autor a la mayoría de los niños mayores de seis años se les consideraba como pequeños adultos y no formaban, por tanto, un grupo separado de los adultos, aunque obtuvieran algún beneficio de su estado de sin-clase y de la asunción de las responsabilidades de los adultos. En resumidas cuentas se considera que los padres tenían un poder ilimitado, por lo que la mayoría de los niños fueron ignorados, abandonados, vendidos como esclavos, mutilados y eliminados, con la aceptación de la sociedad en muchos momentos de la historia, DeMause,1982).

Hubo un cambio paulatino en diferentes partes del mundo durante los siglos XVI, XVII y XVIII, los infantes comienzan a ser valorados como mano de obra que contribuía al trabajo familiar y a su mantenimiento, y como garantía de sustento cuando sus padres fueran mayores. En este periodo, los menores más pequeños continuaron siendo ignorados y sin identidad individual, en la medida que eran considerados reemplazables e intercambiables, y su educación era muy dura y cruel. Poco a poco comenzaron a ser considerados como un grupo especial que los padres debían mantener, educar y proteger.

Entrando el siglo XIX, ya es más clara la separación entre niños y adultos, considerando a los primeros como un grupo vulnerable y necesitado de protección. En éste momento surgen creencias como que los niños son seres iguales y se empezó a considerar que la inmigración, industrialización y la urbanización ponían en peligro a los niños. Nace la era de salvar al niño, dando lugar al asegurar la salud y bienestar, organizando campañas de alimentación, así como el

surgimiento de sociedades para prevenir la crueldad con los niños, e inclusive agencias privadas y religiosas comienzan a intervenir en la familia para proteger a los niños.

A principios del siglo XX, el concepto de “salvar al niño” adquiere un nuevo significado al desarrollarse la creencia de que los niños son los recursos humanos esenciales en la determinación de la sociedad futura (Hart, 1982). En la primera mitad del siglo el niño comienza a ser valorado como una persona en potencia, surgiendo la concepción de la familia orientada al niño así como las organizaciones privadas que comienzan a ejercer una notoria influencia en el cuidado de los niños.

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la convención sobre los Derechos de los niños, la que hasta la fecha ha sido ratificada por más de 160 países, aprobada por nuestro país mediante la ley nacional, 23.849 y recientemente incorporada a nuestra Constitución Nacional. El artículo 19 de dicha convención estipula que los países: “Tomarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas adecuadas para proteger al niño de toda forma de violencia física o mental, de traumatismos, de maltrato o explotación, en especial del abuso sexual mientras se encuentre al cuidado del niño”. (Ley para la protección de los derechos de los niños y adolescentes, 1999).

En resumen, es evidente que de acuerdo a la historia los niños, eran “expuestos”, susceptibles de ser abandonados e inclusive muertos, por deformaciones físicas o por el hecho de existir no tenían lugar en esa familia. Ideología que ha ido cambiando a través del tiempo, gracias a esto se ha incrementado el cuidado y protección a los hijos, así como para preservar la vida humana con

mayor calidad. Sin embargo, a pesar de estos cambios, en la actualidad existen factores externos que contribuyen para que los menores presenten Depresión Infantil.

1.2 La Familia

Por familia se entiende el “conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, subordinados por vínculos que derivan inmediatamente de la ley natural” (Universitas Salvat 1995).

Según de Oxford Dictionary, 1545 (Fabre 1997), el concepto familia se refería a un grupo de personas que vivían en una casa o bajo un mismo jefe, incluyendo parientes, niños, sirvientes, etc. En 1583 familia era la descendencia de un antecesor común; un linaje, una raza, una casa. En 1667 se utilizaba para designar a un grupo constituido por parientes y sus niños, sea que vivieran juntos o no, conectados por la sangre o por afinidad. En 1808 se designaba así a los sirvientes de una casa. Luego entonces familia puede referirse a: Un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, como lo retoma Oxford Dictionary, (Fabre 1997).

Si decimos que el ser humano, por su intenso desvalimiento al nacer, precisa atenciones y cuidados, la familia es el núcleo que recibirá o no la cría humana, a ese cacho de carne; es ella la que con las múltiples historias que la conforman, le dará a ese ser un nombre y un lugar. (Piera Aulagnier Fabre (1997) y del Rivero 1997)

La familia, es donde el individuo aprende lo humano. El recién nacido debe ser alimentado y protegido durante años. Al mismo tiempo se le van enseñando todas las acciones para sobrevivir automáticamente y para ser aceptado dentro del grupo, por lo tanto la familia es el lugar donde se

crean las personas, los adultos son los encargados de formar seres humanos, Satir, 1972 (citado en González Martínez. 1999)

Existen tres conceptos básicos del término familia desde los aspectos biológico, psicológico y social, tomando en cuenta de que el ser humano se considera una unidad *bio-psico-social*.

Biológico

Se define como la vida en común de dos individuos de sexo distinto con el propósito de reproducir y conservar la especie.

Psicológico

Las relaciones familiares han sido consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad, ya que desde temprana edad constituye un marco de referencia de actitudes y valores y, marca las relaciones interpersonales anteriores. Brinda afecto y seguridad emocional a través de la compleja red de interrelaciones que se establece entre sus miembros (Moreno,1995).

Social

La familia se ha constituido para dar seguridad a sus miembros y para asegurar la procreación, el amor y el compañerismo son motivos adicionales muy poderosos en el matrimonio.

En términos generales el concepto familia es la unión de dos personas con el fin de procrear y consolidar una familia. Existe la familia nuclear y la extensa, es relevante identificarlas ya que en la presente investigación se observa que los menores cohabitan en estos dos tipos de familias..

Familia nuclear se refiere a un par de adultos que funcionan como pareja y padres que se complementan con un número variable de hijos de diferente edad y sexo.

La familia extensa se refiere a los grupos familiares que incluyen a los abuelos, tíos, yernos, nueras, etc..., algunos o todos que cohabitan bajo un mismo techo.

Sin embargo, el vivir en una familia nuclear o extensa no significa que exista una interferencia en aspectos de responsabilidad de la pareja, por lo que se considera que mediante la convivencia cotidiana, el hecho de irse a acostar y despertarse en compañía, comer juntos y compartir las distintas actividades del diario vivir, se va formando el sentido de pertenencia y seguridad a lo que llamamos familia. Ningún ser humano puede vivir su vida sólo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos por el hecho de ser una entidad Biopsicosocial. Por lo que quienes por diversos motivos no tuvieron la posibilidad de desarrollarse junto a sus padres, corren un riesgo mayor de sufrir un impedimento para la adquisición de los aprendizajes ulteriores, los cuales necesitan de la aptitud no adquirida. En consecuencia, cuanto mayor es el número de obstáculos en el adecuado desarrollo evolutivo, más severa será la inadaptación y la repetición de conductas destructivas, (González Martínez 1999)

Estos aspectos no sólo se pueden observar en la edad adulta, de acuerdo a esta investigación y gracias a la valoración psicológica se puede observar que a temprana edad los menores pueden tener ciertas características de inadaptación, agresividad y problemas emocionales, repercutiendo en el área social, escolar y emocional.

La identidad psicológica de la pareja matrimonial, es la que va a formar al niño, es decir lo va a proveer de estímulos para la adecuada receptividad de nuevas experiencias y así fomentar la iniciativa individual, por lo que es de suma importancia la interacción de los miembros de la familia en roles de relación recíproca (Satir, 1991)

Con el fin de clarificar más la importancia de la familia en el cuidado de los hijos, se hace mención de las funciones de los padres como pareja.

Prototipos en cuanto a la función de padres de familia

Los padres tienen como funciones principales impartir las nociones relativas a la defensa de la vida y la transmisión de los conocimientos pertenecientes a la cultura. En este aspecto los padres ejercen su autoridad con la que contribuirán en la formación del super-yo, que como es sabido se encuentra la imagen protectora y rectora de los padres en su calidad de maestros. La función de autoridad lleva consigo el imponer límites, que significa inculcar la noción de realidad.

La función de enseñar al niño debe ser compartida por dos o más adultos, ya que la intensidad de la fantasía auto-agresiva exige determinado afecto acumulativo de autoridad, para que la noción transmitida pueda ser internalizada. (González Martínez, 1999)

La teoría propone que en las familias funcionales (V. Satir, 1991) se permite la expresión libre de sentimientos tanto positivos como negativos, los miembros expresan la ternura y el amor ya que como cada uno se ama a sí mismo se siente capaz de satisfacer las necesidades afectivas de los otros y siente merecer ser amado. Cuando expresan la cólera libremente tienen la convicción de

que nadie será destruido por un pleito temporal, y en los periodos de depresión lloran juntos y se reconfortan mutuamente.

Mientras que en las familias disfuncionales, existe un exceso de frustración, dolor y odio, que pueden provocar un serio perjuicio para un desarrollo saludable. Sin embargo, debe existir un equilibrio esencial para el buen desarrollo emocional y que los menores puedan experimentar cierta desilusión, desarrollar tolerancia a la frustración y aceptar resultados que no colmen completamente lo esperado, provocando estímulos suficientes para nuevas experiencias y nuevas conquistas.

La forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es de la mayor significación para determinar el clima emocional de la familia. Cuando los padres se aman, el hijo los ama a los dos; cuando los padres se odian, el niño está compelido a ponerse del lado de uno y en contra del otro. (Satir, 1991)

Las distintas configuraciones familiares efectúan demandas funcionales diferentes sobre los miembros de la familia. Así una estructura familiar que podría ser adaptativa para un determinado tipo de familia, pudiera ser desadaptativa para otro.

La familia, como constructora de la identidad de sus miembros, debe organizarse a sí misma para adecuar las prescripciones socioculturales a la conducta de sus miembros. En la medida en que tales prescripciones varían como respuesta al crecimiento y circunstancias cambiantes, la familia debe alterar su estructura con el fin de adecuarse mejor a las nuevas necesidades y expectativas. (Minuchin, 1979)

En cuanto al prototipo de las funciones específicas del padre, se hace mención que: “Es el que se ausenta de la casa para proveer el sustento material, debido a ello se siente con el poder de la autoridad, y vive con el derecho a exigir que se le obedezca, se le sirva y se le atienda, adoptando una conducta autoritaria y demandante cuando está con la familia”. (Ackerman, Citado en Díaz M. 1974)

De acuerdo a lo antes mencionado, es importante describir el prototipo de las funciones de cada uno de los padres, con el fin de entender y conocer aspectos que impactan en el desarrollo emocional, personal y psicológico de los menores.

Prototipo de la función del padre

A medida que el niño va creciendo irá abandonando la dependencia materna, perdiendo así su significación vital, y alrededor de los 6 años, de acuerdo a la literatura, se hace más necesaria la relación con el padre, su autoridad, su guía. Es él quien le va a enseñar a resolver los problemas del medio ambiente, exterior, social o físico.(Díaz M, 1974)

El amor del padre debe estar sujeto a principios y expectativas tales como las de ser tolerante y paciente en la crianza del hijo, además de saber utilizar su autoridad en forma racional, para que de esta forma el niño no se sienta amenazado. Debe darle al niño que crece un sentido cada vez mayor de competencia y oportunamente permitirle ser su propia autoridad y dejar de lado la del padre. (Goode, 1966 Citado en Díaz 1974)

En el aspecto psicológico se considera que una de las funciones más importantes del padre en relación de la díada madre-hijo es el rompimiento de la simbiosis. Es el padre, quien viene a separarlos, el que hace el espacio para el si mismo del niño.

La función rescatadora del padre es asimilar las cargas agresivas sexuales y eróticas que la madre desplaza hacia el hijo varón al prohibirle que la relación simbiótico-feminizante impida la integración de la identidad masculina. A esta función de padre "función de partero de identidad". (Mahler, 1971, Kuri, 1998, González Nuñez, 1996; Citado en González Martínez, 1999)

Lo esencial de la función y presencia del padre no se limita a ser una figura de identificación, psicosexual e introyección de normas y reglas morales; es también un objeto de amor, admiración e identificación. El padre es el poderoso, el fuerte, el omnipotente, el gran hombre en la vida del niño, en suma es el protector. La figura punitiva, autoritaria y castrante que le ayudará a hacerse hombre y a buscar el objeto femenino de amor, que admira y teme. (Gonzalo Nuñez, 1996; Citado en González Martínez, 1999)

Los padres son la agencia psíquica de la sociedad, que representan la estructura social, a través de su estructura de carácter y métodos de educación. Es en esta forma que el niño entra en contacto de manera indirecta con el medio social, conociendo la clase de autoridad que prevalece en una sociedad patriarcal, la cual tiende a dañar su espontaneidad, su voluntad y bloquea constantemente su independencia. "Pero como el hombre no hace nada para ser destruido, el niño lucha en contra de la autoridad representada por sus padres, el lucha no sólo por su libertad de la interferencia, sino también por su libertad para ser el un ser humano completo y no un autómeta" Fromm, E (1981).

Por lo anterior se resume que una familia sin padre, ya sea por divorcio, abandono, alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar, muerte o cualquiera que sea la causa, estaría dejando sin la imagen de una familia completa a los hijos y en el futuro, esos niños tendrán la difícil tarea de ser buenos padres sin haber tenido una adecuada experiencia paterna. (González, 1999). Y no sólo eso, existe literatura (Jiménez H. M. 1997), en la que se considera la falta de imagen paterna como generadora de patologías.

Por otro lado la presencia, cuidado, protección y cariño de la madre también tiene un gran peso en la formación de los hijos, por lo que en el siguiente apartado se habla específicamente de las funciones maternas.

Prototipo de la función de la madre

De acuerdo a la naturaleza humana, las madres son las encargadas de alimentar y cuidar a sus crías. Además son las intérpretes y traductoras de los sentimientos y conductas de sus hijos. La madre aprende a codificar el lenguaje pre-verbal de sus pequeños. (Citado González M. 1999)

Spitz hizo hincapié en la importancia de la relación madre-niño, ya que en un estudio realizado en 1946 por él mismo (Citado en Cofer, 1976) describió síntomas depresivos en los niños separados de su madre, como una disminución del coeficiente de desarrollo (medido con un test infantil), una apariencia triste y aprensiva, ojos inexpresivos y conducta autoerótica. También observó una forma más severa de este tipo de depresión y se le llamó "hospitalismo". Para Spitz, sus hallazgos muestran que la separación maternal es el factor responsable de las condiciones no favorables arriba descritas.

Adler (Citado en Cofer, 1976) Los sentimientos de inferioridad, no limitados a los surgidos de deficiencias orgánicas, continúan figurando en forma prominente en el sistema, pues el niño es inferior, físicamente sobre todo y en cualquier otra forma, ante muchas si no todas las personas que lo rodean. Sin embargo un ambiente social cariñoso, confiable, especialmente el proporcionado por la madre, podría canalizar la lucha surgida de los sentimientos de inferioridad hacia un trabajo constructivo que lleve a la perfección, un canal orientado a los intereses y bienestar de otros, así como de sí mismo, más bien que una compensación mediante la lucha por dominar y ser superior a otros. Se diría que estas ideas significan que si se logra muy temprano en la vida un sentimiento suficiente de valor personal, entonces el interés social natural del individuo podrá expresarse en sus relaciones con los otros.

Estos puntos antes descritos son de total relevancia en este estudio, ya que muchos de los menores tienen dificultad en las relaciones interpersonales por lo que pudiese existir un problema en la relación materna o una fractura en el apego.

El apego es la unión mediante un lazo invisible, intangible, que existen entre madre e hijo en un principio. Y con el padre después; ese lazo se va fortaleciendo día a día y parece tener efectos que perduran durante toda la vida.

Se considera sano que un niño experimente una relación íntima, afectuosa y continua con su madre (o sustituto), pues se espera que en dicha relación ambos encuentren gozo y satisfacción, "apego". El apego depende de la sensibilidad de la madre, que permite al niño formarse una expectativa de ella como una persona generalmente accesible y que responde a sus demandas.

Es preciso señalar que el potencial materno está determinado por su historia personal, por la madre que tuvo y la niña que fue. (González Núñez, 1996; citado en González M. 1999)

Por lo que se resume que la pérdida de la madre durante los primeros años se encuentra como un importante antecedente en un número significativo de desórdenes psiquiátricos y aparece aun con más frecuencia en aquellos pacientes con desórdenes depresivos (Boom, 1989).

Por lo anterior y de acuerdo a la presente investigación se hace énfasis en la relación entre hermanos, con el fin de clarificar un poco más, cómo influye en el menor la presencia o ausencia de los hermanos, así como el tipo de relación que exista.

Los hermanos son la relación más duradera en la vida, la cual inicia en la infancia, compañeros de juegos, en la adolescencia son cómplices en las aventuras, en la edad adulta se consultan y ayudan; al pasar el tiempo la relación perdura a pesar del fallecimiento de los padres.

Los hermanos comparten las mismas raíces, que emergen de la misma fuente de valores, discuten más objetivamente entre sí que con sus propios padres y más cándidamente que cualquier persona que se pueda conocer, (Papalia, 1997)

En este subsistema es en donde los niños aprenden a negociar, cooperar y competir. Aprenden a ser aliados y amigos, así como a lograr el reconocimiento de sus habilidades. Aprenden también a tomar diferentes posiciones con respecto a los otros hermanos, lo cual va a ser significativo para el resto de sus vidas.

Los hermanos son la familia, forman parte de las raíces de identidad, y refuerzan el sentimiento de pertenecer a alguien.

En el caso de ser hijo único, según Krevlan en (Ajuriaguerra, 1983) “Resulta un ser débil, insuficientemente dotado para enfrentarse con un mundo hostil, en su lucha por la vida, es un lamentable combatiente”. Sin embargo Kanner en (González M, 1999) ser hijo único no constituye en sí una enfermedad, todo mundo reconoce que este tipo de niño tiene problemas particulares; el hijo único es frágil, caprichoso, tímido, tiránico con los suyos, indolente; tiene dificultades de adaptación con sus compañeros y, para integrarse en un grupo, reacciona frecuentemente bajo el aspecto de desconcierto o de rebeldía.

Llegando a la conclusión de que los padres son los que van a crear una dinámica familiar estable o inestable.

CAPITULO II

2.1. Breve reseña de Depresión Infantil

En los últimos años la concepción de la depresión infantil contemplada desde una perspectiva evolutiva ha cobrado vigencia; se acepta que hay características similares entre niños y adultos pero a la vez también ciertas diferencias propias para cada momento del desarrollo. En este capítulo se revisarán las diferentes posturas resaltando los datos más relevantes con respecto a este trastorno emocional.

El estudio de los trastornos del estado de ánimo se remonta hasta los primeros registros escritos de la humanidad. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien llamó a la depresión, melancolía, e infirió que estaba estrechamente vinculada con los "humores". La categorizó, junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los cuatro principales tipos de enfermedades psiquiátricas. (Citado en Solloa García, 2001)

Areteo de Capadocia, en el siglo II, formuló un cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y enfatizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad. Además, observó que la depresión es un padecimiento recurrente y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura. En el Renacimiento resurgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas y se volvió a plantear que la melancolía y la manía solían alternar en el mismo individuo. (Solloa García, 2001)

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a estudiar los agentes fisiológicos relacionados con las enfermedades mentales. A mediados del siglo XIX Kraepelin, buscando un sistema de clasificación operativo, basado en el modelo de la medicina,

consideró que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica aunque ésta no fuera identificada, un curso característico y un desenlace predecible; de esta manera, discriminó los elementos comunes de entre los síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: Demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco depresiva. (Arieti y J Bemporad, 1993)

Por otra parte el conductismo desentendía la investigación de cualquier fenómeno mental cuyo acceso no fuese posible mediante la observación, por lo que y las emociones, incluida la depresión, se mantuvieron fuera de su foco de atención.

En estudios realizados por Rene A. Spitz y Jhon Bowlby, descubrieron que algunos niños pequeños, separados de sus madres por ingreso en instituciones hospitalarias u orfanatos presentaban un cambio importante en su comportamiento. Este consistía en llanto, retraimiento, desinterés, apatía, descenso del apetito, mayor morbilidad y estancamiento del desarrollo físico. Tales características estaban muy cerca de lo que se consideraba una depresión en el adulto. Al síndrome descrito por Spitz se le denominó depresión analítica y hospitalismo (Spitz y Wolf, 1946).

La literatura comienza a utilizar el término en general de depresión, sin embargo, el inicio del término de depresión Infantil, surge a partir del siglo XIX, con el alemán Griesinger y el francés Descuret, con su estudio de diagnóstico "nostalgia de niños". Alrededor de los años treinta, con la influencia de la corriente psicoanalítica, se consideró que la depresión infantil no existía por ser ésta una patología vinculada estrechamente al desarrollo del superyo. Sin embargo dentro de la

corriente psicoanalítica hubo posturas distintas como la de Klein, Spitz, Bowlby, y hasta la misma Anna Freud, quienes reconocieron la existencia de la depresión infantil.

En los sesenta surgió el concepto de “depresión enmascarada”, en la que se aceptaba la depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad. A partir de entonces, se empezó a aceptar abiertamente la depresión infantil; así en 1971, la Unión Europea de Paidopsiquiatras, en el IV Congreso de Paidopsiquiatria de Estocolmo, eligió como tema monográfico “Los estados depresivos en el niño y el adolescente”. (M. Jiménez, 1997). Por lo que a partir de ese momento se comienza a conceptualizar la Depresión Infantil.

2.2 Depresión Infantil

El ser humano como organismo biológico, pertenece a un grupo y como miembro de este, desarrolla el curso de su vida en el mundo social compuesto de patrones y prácticas culturalmente prescritas, de igual manera vive en su mundo privado el cual ha desarrollado a partir de sus experiencias personales. Así pues, el hombre es un organismo que reacciona en forma abierta y fisiológicamente a los impactos del medio ambiente. La depresión representa entonces un apartamiento de la manera normal de experimentar ciertas emociones.

En el centro del vínculo depresivo está la aflicción moral, la culpa y la expiación. Este vínculo está caracterizado por el hecho de que toda relación de objeto está colocada en el campo de la culpa, en la preocupación de todo lo que piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo (Pichot, 1980). El carácter depresivo es aquel cuya visión y concepción del mundo es triste. Toda su historia personal está constituida en el vector de la tristeza y su vínculo y enfoque de los

problemas es depresivo, siempre con el miedo a la pérdida de la relación de objeto, viviendo y vivenciando culpa y tratando de esperar.

Cualquier síndrome depresivo tiene capacidad suficiente para afectar la totalidad del comportamiento. Sin embargo el hecho depresivo no es unitario, sino más bien heterogéneo. Esta heterogeneidad es fundamentalmente subjetiva (clínica y culturalmente), porque cada individuo manifiesta el hecho depresivo en forma diversa, o porque los diversos factores socioculturales matizan el inicio, desarrollo, curso y respuesta al tratamiento de esos hechos depresivos (Polaino y Lorente, 1985)

La depresión puede ser normal en condiciones de peligro y abandono, pero puede volverse anormal cuando se da en circunstancias inadecuadas, cuando persisten durante un tiempo excesivo o cuando el niño es incapaz de realizar una adaptación apropiada a ella desde el punto de vista de desarrollo. La regresión es a menudo el mecanismo de elección de la depresión, con sentimientos de desesperación y nulificación como la pérdida de la autoestima y la inversión de la afectividad.

Así mismo, en la mayor parte de los trastornos de la depresión, la sensación de sentirse importante se atribuye a las experiencias que vivió en el seno familiar durante la niñez, y que ésta se caracteriza por dos conjuntos complementarios de secuencias progresivas, por un lado existe el progreso de maduración del equipo biológico, psíquico y social, requerido antes de que el niño pueda hacerse independiente gradualmente, el niño se siente valorado y significativo, no así en el trastorno depresivo, ya que consciente e inconsciente el niño se percibe desvalorado y no significativo, se siente culpable, proyectando hacia los otros lo que está haciendo. El niño que

fracasa en “individualizarse” es propenso a reaccionar posteriormente mediante la depresión. (Avellanosa, 1988)

Los trastornos depresivos son el padecimiento psicológico mental más frecuente, al grado de convertirse en un problema de salud pública, pues hay más depresiones y cada vez abarcan más etapas de la vida. Desde el lactante hasta el anciano, se considera que una de cada cuatro personas, estará expuesta a lo largo de su vida a sufrir una crisis depresiva (Avellanosa, 1988).

Al existir una crisis depresiva el diagnóstico de depresión que constituye el mayor reto para el psicólogo es el de Depresión infantil como tal, por las dos siguientes razones:

En primer lugar porque la nosología respecto a la depresión en el adulto, actualmente vigente, no puede trasladarse sin ninguna matización al ámbito infantil; más aún si se hiciera incluso incorporando muchas matizaciones se incurriría en una forzada extrapolación.

En segundo lugar y más importante en esta investigación es la edad, ya que es una variable que no sólo interviene sino modula y más aún configura el modo en que se manifiesta sintomatológicamente la depresión en el niño.

No se olvide que buena parte de los niños deprimidos ya han adquirido el lenguaje pero no en tal grado que pueda ser útil para enunciar con precisión lo que les suceda y que, aunque este se haya adquirido, aun no suele estar suficientemente desarrollada su capacidad de introspección por lo que, en consecuencia no logran identificar ni hacerse responsable de lo que les pasa.

En la dimensión clínica en la cual se enfoca esta investigación, la depresión no ha sido delimitada en el ámbito conceptual, de ahí que existen diversas alternativas, para entender este término. Se puede considerar a la depresión como un síntoma, un síndrome o un desorden. Un síntoma como el humor disfórico, puede surgir como una respuesta al desajuste o a una pérdida importante, además que se puede manifestar sin que exista el síndrome o el desorden. La depresión, como síndrome clínico, presenta cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, presentándose como algo delimitado (primario) o como una asociación a otras alternativas psicopatológicas (secundarias). Como desorden clínico la depresión, implica la existencia de un síndrome, causando cierto grado de incapacidad en el sujeto, manifestando además ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, correlacionándose en ocasiones con algunos datos biológicos y familiares. Así mismo la Depresión puede originarse o depender de diferentes factores tanto externos como internos por lo que para su estudio o diagnóstico es de suma importancia identificar su etiología.

2.3. Etiología Depresión Infantil

De acuerdo a Calderón Narváez (1996) si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico, por lo que este autor divide a los cuadros depresivos en tres tipos: psicóticos, neuróticos y simples.

Aun cuando no existan factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos se dividen las causas de la depresión en genéticas, psicológicas bioquímicas y sociales, aunque también existen enfoques teóricos que explican la depresión.

En cuanto al enfoque psicoanalítico, S. Freud, como precursor de esta corriente, da importancia al hecho de que el dolor del luto se limita a la pérdida de un objeto externo; en contraste con la melancolía el yo está empobrecido debido a que ha experimentado una pérdida externa. El prototipo de depresión es la restricción de aportaciones narcisistas vitales como el amor, afecto y cuidado, lo patológico es la duración y el dominio excesivo del organismo por el afecto depresivo, más que su acontecimiento. La depresión se caracteriza por la disminución de la autoestima, la sensación de la impotencia, las inhibiciones de las funciones del yo en grados variables y el sentimiento subjetivo de tristeza o pérdida, de intensidad variable. Descrito como un estado afectivo básico en el cual el yo se siente incapaz de realizar sus tendencias o aspiraciones, que aunque estas metas persisten como metas deseadas. Las personas con tendencia a la depresión con frecuencia muestran una pseudo dependencia y una inseguridad en si mismos que es una reacción a una privación primitiva grave y una defensa contra la privación futura. En la depresión la agresión es dirigida hacia el interior a un objeto perdido e introyectado y amado de manera ambivalente.

En resumen, este modelo, considera a la depresión como resultado de un conflicto intrapsíquico entre el super-yo primitivo y el yo desvalido. Aunque desde esta perspectiva se llegue a negar la existencia de la depresión infantil, pues los niños no tienen un yo bien desarrollado que de origen a este desorden. De acuerdo a este enfoque, es imposible que la depresión acontezca en la infancia, ya que depende de que el sujeto tenga suficientemente desarrolladas ciertas estructuras meta psicológicas. Sin embargo en la actualidad éste enfoque refiere que la depresión existe en la

infancia, que puede surgir en cualquier edad, dependiendo de sus manifestaciones del desarrollo psicosexual y de determinadas habilidades cognitivas y perceptuales específicas de estos periodos evolutivos.

En cuanto al enfoque conductual, la depresión es consecuencia del aprendizaje social, del reforzamiento negativo y del castigo, los cuales conducen al fenómeno cognitivo de desesperanza aprendida, que se generaliza hacia los procesos yoicos del individuo (sensación, percepción, memoria, cognición, abstracción, pensamiento lógico, etc.), y produce una falla en el control de las recompensas ambientales (Hidalgo, 1998)

Los síntomas identificados, son la desesperanza, auto percepción negativa, y una percepción negativa respecto del medio interpersonal y del futuro mismo. Un esquema yoico negativo que exagera las experiencias negativas y rechaza las positivas.

En cuanto al enfoque cognitivo menciona que las consecuencias fracasos en el aprendizaje de una conducta normal propician la depresión junto con el ambiente que desaniman al sujeto a seguir practicando esta conducta y le limita su repertorio conductual y social (Hidalgo,1998)

Por otro lado es importante hacer mención e identificar las causas endógenas que propician Depresión Infantil.

Causas :

Genéticas

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores han presentado pruebas a favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco-depresiva. Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia. (Guerrero Luna,1997)

Bioquímicas

La investigación científica se aboca a la identificación de neurotransmisores que pueden sustentar la depresión; los transmisores estudiados hasta ahora son las monoaminas (catecolaminas e indeoleamina). La depresión puede presentarse por alteraciones neuroendocrinas, consisten en la desinhibición del eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal, y que pueden estar asociados con niveles hipotelámicos de noradrenalina así como diferentes hormonas. (Guerrero Luna,1997)

Psicológicas

Calderón Narváz (1996) notifica que las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando riesgos de personalidad tan

profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales.

Sociales

Calderón Narváez sostiene que durante siglos (1996) los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la religión y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo, la ira; sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas tres fuentes de apoyo.

La literatura hace referencia a aspectos desencadenantes en cuanto a Depresión Infantil, sin embargo es de total importancia describir aspectos del desarrollo, por lo que se describirán las etapas del desarrollo humano específicamente en las edades que para la investigación presente se tomaron en cuenta, la etapa escolar, oscilando entre 8 y 10 años.

La depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil, pero su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto. Si los síntomas clínicos de la depresión son típicos de la infancia y remiten con la edad, no deberían ser considerados como un síndrome distinto o diferente, y por tanto deberían ser tratados de igual manera. Aunque los resultados, de algunos trabajos muestran con claridad que el diagnóstico clínico de depresión infantil es ciertamente inseguro dada la alta prevalencia de la sintomatología depresiva entre la población considerada normal.

Raskin en 1977 (cit. Por Avilés, 1989), caracteriza a la depresión en etapas evolutivas:

- a) Edad preescolar: agitación, timidez, rehusar a jugar, crisis de llantos y gritos, insomnio, hiperactividad y falta de apetito.
- b) Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, resistencia a socializar, dificultades de aprendizaje y timidez, neurosis, encopresis, terrores nocturnos, crisis de llantos y gritos.
- c) Adolescencia y preadolescencia: rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de inseguridad y opresión.

Aunque esto no garantiza el rigor científico del diagnóstico de la depresión infantil, es muy útil para poder diferenciar con los cambios propios del desarrollo en el menor.

De acuerdo a la literatura (Psicopatología Infantil), es importante hacer mención de los criterios que se marcan para diagnosticar Depresión Infantil

La depresión infantil como trastorno clínico

Este enfoque sostiene que la depresión existe en la infancia y que los aspectos esenciales del trastorno son similares en niños adolescentes y adultos.

Los cuatro grupos de problemas utilizados por Beck (1976) para caracterizar la depresión son evidentes en la clasificación de la patología de la depresión infantil desde esta perspectiva:

- a) Afectivo (por ejemplo, Disforia, cambios de ánimo, lloros, soledad y apatía).
- b) Cognitivo (por ejemplo, Baja autoestima, auto depreciación, culpa, indecisión y pesimismo).
- c) Motivacional (por ejemplo evitación, escape, pasividad, falta de energía y pobre socialización).
- d) Vegetativo y psicomotor (por ejemplo, trastorno del sueño, del apetito y quejas somáticas).

Recientemente se ha llegado a un acuerdo o un consenso, en lo que se refiere a que puede establecerse una equiparación entre la depresión infantil y la del adulto, teniendo en cuenta algunos síntomas evolutivos, algo que se ha visto reflejado en el DSMIV (1995). No obstante, el hecho de que la depresión como síndrome clínico pueda ser diagnosticada en niños, adolescentes y adultos no debe significar que las manifestaciones de este cuadro tengan que ser necesariamente idénticas.

El DSMIV reconoce que hay síntomas específicos propios de cada edad puesto que los niveles de desarrollo físico, cognitivo, etc., también son diferentes con la edad. Este modelo conceptual reconoce que muchos niños que según los criterios diagnósticos podrían ser considerados como deprimidos llevan asociada una sintomatología propia de la edad y que esta sintomatología no enmascara ni oculta el síndrome depresivo. Lo más probable es que, a consecuencia de la edad y estadio del desarrollo, los niños que presentan los síntomas fundamentales de un síndrome depresivo muestran también una sintomatología asociada específica ligada a la edad de los menores.

Para Polaino (1988), siguiendo la exposición Beck (1977), existen cinco grandes áreas que constituyen los síntomas fundamentales de la depresión, cada uno de ellos enfatizado por un grupo de autores importantes en el tema:

- 1) Área de humor (irritabilidad)
- 2) Área cognitiva (baja autoestima, autorrechazo, fracaso escolar)
- 3) Área conductual (aislamiento y comportamiento agresivo)
- 4) Área vegetativa
- 5) Psicomotora (problemas de sueño, quejas somáticas enuresis y encopresis)

Por último, de acuerdo a la teoría de Victoria del Barrio (1997), menciona que con todos estos datos es muy probable que no se pueda garantizar, con el necesario rigor científico, lo que pudiera construir la depresión infantil, pero esboza unos criterios aproximativos para su diagnóstico. Lo cierto es que en el área clínica se tendrá mayor seguridad en el diagnóstico de la depresión infantil cuanto más síntomas se puedan confirmar. De cualquier modo, aspectos como la duración de los síntomas, la edad del niño y la interferencia y deterioro del funcionamiento diario del niño, son absolutamente necesarios para poder establecer un diagnóstico ante la sospecha de depresión en un niño o niña.

Así mismo no se puede dejar a un lado los desencadenantes para que se pueda presentar un cuadro depresivo, por esto mismo en el siguiente capítulo se hablará de los factores de riesgo que pueden alterar el estado de ánimo de los menores.

Para algunos autores, los menores que se encuentran en edades oscilantes de 8 y 10 años, deben adquirir aspectos fundamentales para el buen desarrollo de su personalidad. Por lo que es necesario retomar algunas teorías para identificar estos aspectos relevantes.

Etapa psicosexual

(Freud)

Periodo de la latencia de los 6 años hasta la pubertad. Si un niño se ha desarrollado emocionalmente normal hasta los 6 o 7 años es poco probable que desarrolle una psiconeurosis grave en cualquier época de su vida.

Esto quiere decir que la estructura fundamental de la personalidad se adquiere durante los primeros 7 años de vida, aunque el niño seguirá recibiendo impresiones muy importantes para su desarrollo de la personalidad.

Etapa psicosocial

(Erikson)

De los 6 años a la pubertad. Industriosidad versus inferioridad. El niño debe aprender destrezas de la cultura a la cual pertenece o enfrentarse a sentimientos de inferioridad. Virtud: la destreza.

La teoría del desarrollo psicosocial, formulada por Erikson, hace un seguimiento del desarrollo de la personalidad en el transcurso de la vida y destaca la influencia de la sociedad y la cultura sobre el ego.

Etapa cognoscitiva

(Piaget)

Operaciones concretas (de los 7 a 12 años). El niño puede resolver problemas lógicamente si se enfocan en el aquí y el ahora.

En esta etapa los niños son mejores para clasificar, trabajar con números, manejar conceptos de tiempo y espacio, y distinguir la realidad de la fantasía, los niños pueden descentrar, esto significa que pueden tomar en cuenta todos los aspectos de una situación en lugar de concentrarse en uno solo.

CAPITULO III

3.1 Factores de Riesgo

Para poder comprender la Depresión Infantil es importante considerar los factores de riesgo ya que alertan sobre la posible aparición de este trastorno de tipo emocional en el futuro.

Entre los principales factores de riesgo se encuentran aquellos que se deben a Violencia Intrafamiliar, Drogadicción y Alcoholismo, cuanto mayor sea el número de factores de riesgo que se conjuguen habrá mayor probabilidad de que los menores desarrollen un Trastorno de Depresión Infantil.

3.1.1 Violencia Intrafamiliar

El fenómeno de la violencia intrafamiliar no es un problema reciente. Los análisis revelan que ha sido una característica de la vida familiar tolerada y aceptada desde tiempos remotos. Incluso algunas décadas atrás, expresiones tales como “niños maltratados”, “mujeres maltratadas” o “abuso sexual” no eran consideradas como sinónimo de problemas sociales graves.

La violencia intrafamiliar comenzó a considerarse como problema grave a comienzos de los años sesenta, cuando Kempe (1979) describió el “síndrome del niño golpeado” para referirse a los malos tratos hacia los niños en el seno familiar.

En el comienzo de los años sesentas, la creciente influencia del movimiento feminista resultó decisiva para atraer la atención de las sociedades sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres. Progresivamente, se comenzó a recorrer el velo sobre otros

fenómenos de carácter violento como el abuso sexual hacia los niños y las diversas formas de maltrato hacia los ancianos.

En el año de 1965, el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de la Ciudad de México reconoció al primer grupo de niños maltratados. En este mismo lugar, el Dr. Jaime Marcovich realizó una vasta investigación con 686 casos de niños con maltrato comprobado (González, Azaola, Duarte y Lemus, 1993).

Cabe agregar que en nuestro país a pesar de que el fenómeno del maltrato infantil había sido detectado, no se llevaron a cabo las medidas para prevenirlo o combatirlo, por lo que en México no se observó una disminución de este problema como en otros países.

Hasta finales de la década de los ochentas, gracias a la presión social ejercida por los grupos de mujeres organizadas y el apoyo de algunos funcionarios públicos de la Procuraduría General de Justicia del D.F. (PGJDF), surgieron los primeros espacios gubernamentales de atención especializada para víctimas de violencia sexual y familiar.

A pesar de que oficialmente no se consideraba a la violencia como un delito, se planteó que su prevención disminuiría la conducta delictiva en general, debido a que se ha observado que muchos infractores provienen de hogares con violencia familiar. De esta forma se establece la ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar para el Distrito Federal, la cual fue aprobada en abril de 1996 y entró en vigor en diciembre de ese mismo año.

La raíz etimológica del término violencia remite al concepto de fuerza y se define como forzar o violar. Esta definición de violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño, lo que implica el uso del poder, es decir, la conducta violenta consiste en el uso de la fuerza para resolver conflictos interpersonales que ocurren en un contexto de desequilibrio de poder, ya sea permanente o momentáneo (Corsi, 1994).

Para De la Fuente (1968) el término violencia se refiere a la expresión directa, cruda y explosiva de la agresividad, en contraste con otras formas más intelectualizadas y sutiles como la mordacidad y el sarcasmo.

En cuanto al término de familia, este ha sido definido como la célula básica de la sociedad (Olmedo, 1997).

Para Reyes (1997), la familia se entiende como un grupo dinámico que organiza las interacciones de sus miembros que cumplen funciones encaminadas a:

- a) Satisfacer las necesidades básicas de comida, techo, ropa, educación y para los cónyuges la necesidad de vida sexual.
- b) Satisfacer las necesidades emocionales para desarrollarse psicológicamente.
- c) Hacer frente a la crisis, enfermedades y peligros que la vida implica. Así mismo, las tareas básicas de la familia son, la conservación de la especie, la nutrición, el desarrollo y el manejo de los impulsos que permiten a las personas convivir en sociedad.

En la conceptualización de la familia como un entorno propicio para las interacciones violentas, se analizan dos variables en torno a las cuales se organiza el funcionamiento familiar: el poder y el género. Ambas categorías se refieren a una particular organización jerárquica de la familia. En ella la estructura del poder tiende a ser vertical según criterios de género y edad. En una estructura vertical se suele poner acento en las obligaciones, más que en los derechos de los miembros. Por lo tanto los más débiles tienen una obscura conciencia de sus opciones y facultades, de ahí que su dependencia con respecto a los más fuertes se acentúa y su autonomía personal se ve coartada (Cusinato, 1992).

Para algunos teóricos como Strauss, Gelles y Steinmetz (Berkowitz, 1996), la conducta agresiva conduce a menudo a la conservación o al fortalecimiento del poder, y al dominio del atacante. La perspectiva del dominio se divide en dos puntos de vista: una línea de pensamiento mantiene que la diferencia del poder en sí misma conduce al abuso; mientras que otras sostienen que la violencia no surge de la diferencia del poder, sino de la lucha por el poder y el dominio.

La violencia masculina constituye el abuso de poder más común en la vida diaria de muchas personas para algunos hombres su identidad masculina está construida a partir de creencias culturales sobre la superioridad del hombre sobre la mujer.

Para Corsi (1995), la identidad masculina tradicional se constituye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: el hiperdesarrollo del yo exterior (hacer lograr, actuar) y la represión de la esfera emocional. Para poder mantener el equilibrio de ambos procesos el hombre necesita ejercer un permanente autocontrol para regular la exteriorización de

sentimientos tales como el dolor, la tristeza, el placer, el temor, el amor, como una forma de preservar la identidad masculina.

Por otra parte, la estructura social está compuesta por creencias y costumbres que parten del supuesto de que las mujeres están subordinadas a los hombres como hijas, esposas, madres, concubinas o viudas. Así, en la actualidad, muchos niños todavía son educados para el ejercicio del poder, la fuerza, la libertad y el movimiento; en contra posición las niñas son educadas para el desarrollo de la sensibilidad, la ternura, la pasividad, la subordinación y la dependencia.

Es por ello, que a muchas mujeres desde la primera infancia se les enseña que su único valor está en el dolor, el sufrimiento, el heroísmo, y el ser víctimas, lo que las induce a la conclusión errónea que si sienten que dejan de sufrir ya no van a ser valoradas, sin darse cuenta de que pueden buscar nuevas formas de vida.

El papel de madre que la sociedad exige que la mujer represente se basa en la perfección la abnegación y la renuncia así misma, por ello todas las demás necesidades de cariño, descanso, diversión, recreación o aprendizaje de actividades que contribuyan a ser reconocidas como personas parecen no existir. Por ende, muchas mujeres sólo podrán ser felices al ser madre y esposa.

En resumen, la violencia intrafamiliar, señala Corsi (1994), implica el uso de la fuerza, y llega a constituir un posible método para la resolución de conflictos interpersonales, un intento de doblegar la voluntad del otro y doblegarlo, precisamente en su calidad de "otro". Para que la conducta violenta sea posible debe darse una condición: la existencia de un equilibrio de poder,

que pueda estar definido culturalmente por el contexto o producido por maniobras interpersonales del control de la relación.

Por otra parte el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVI, PGJDF, 1997) define a la violencia familiar “todos aquellos actos u omisiones que atentan contra la integridad física como psicológica, sexual y moral de cualquiera de los integrantes de una familia. Cuando se hace referencia a las acciones, no son sólo a aquellas tangibles o evidentes y que dejan huella corporal, sino también estamos incluyendo todos aquellos actos que lesionan la integridad psicoemocional de los individuos. Se considera también la negligencia o las omisiones como falta de algunas acciones que pueden tener repercusiones en los dos ámbitos de los individuos: el físico y el emocional y que pueden reflejarse en el estado de salud de quienes las viven o en casos de abandono extremo”. Así mismo es importante conocer de qué manera impacta el maltrato de los menores por sus propios padres, señalando que son afectados de manera psicológica, emocional, personal y social.

La violencia infantil en los menores (maltrato infantil)

El maltrato infantil no es un problema actual que sufren los niños y las niñas (Rodríguez y Vega 1995-97), ilustran que las formas de maltrato contra los niños y niñas han existido siempre.

En la sociedad romana los menores junto con sus madres, formaban parte del patrimonio del padre, quien tenía el poder absoluto sobre ellos, incluyendo su vida, este poder era ejercido sobre todo en los casos de rebeldía (Rodríguez y Vega, 1995-97).

Posteriormente surgieron otras definiciones, el Centro Internacional de la infancia de París describe la conducta del maltrato infantil, como: (cualquier acto u omisión realizado por individuos, por Instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia, que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo” (Rodríguez y Vega 1995-97)

A su vez Rodríguez y Vega (1995-97) definen el maltrato infantil de la siguiente manera: “son todas las formas de maltrato que le son inferidas a los menores, que se circunscriben al marco familiar por parte de personas allegadas al niño como puede ser el padre, la madre, los hermanos y demás familiares consanguíneos o no”.

El maltrato infantil se divide en maltrato directo o indirecto (Rodríguez y Vega, 1995-97); el primero consiste en agredir directamente al menor, mientras que en el segundo, los menores no son víctimas directas, sino que resienten las formas de maltrato que sufren sus madres, sus hermanos u otros familiares. A pesar de que en este caso los niños no son agredidos directamente, presentan secuelas igualmente preocupantes.

La violencia intrafamiliar es un fenómeno multicausal, es decir, no podemos hablar de un solo factor causante de la misma. Para poder entenderla se deben tomar en cuenta tanto el contexto familiar como el social. Por un lado está la historia personal de cada individuo, pues, es más probable que una persona se involucre en una relación violenta cuando, proviene de una familia donde existió maltrato, poca comunicación, falta de respeto y amor. Por otro lado, se encuentra el contexto social en donde vive la persona, las normas sociales que permiten la agresión masculina y castigan la agresión femenina; además, aumenta la probabilidad de que una persona sea violenta

cuando, la presión social es muy fuerte, por ejemplo, que el individuo tenga un empleo poco remunerado y muy cansado, una familia numerosa y vivan en un espacio pequeño. Ambos factores le dan a cada individuo características personales que favorecen la violencia intrafamiliar, como nivel de agresividad, autoestima y habilidades sociales, así como normas y valores. Otro factor importante derivado de los anteriores, es el nivel de estrés acumulado por cada persona, pues es muy probable que una persona muy estresada reaccione de manera violenta. Como se puede ver la violencia familiar es un fenómeno complejo que no sólo afecta a la familia sino a la sociedad completa; pero este efecto no es en un solo sentido, es bidireccional, es decir, la violencia social repercute en la familia y viceversa, la violencia intrafamiliar repercute en la sociedad.

Desafortunadamente los padres en muchas ocasiones se convierten en obstáculos para el crecimiento de la autoestima y el autoconcepto de sus hijos e hijas, así mismo es importante analizar estos conceptos para poder entender a fondo la relevancia que tienen en el desarrollo de la personalidad

Autoconcepto

Desde el momento en que un niño o niña nace necesita la atención, protección y afecto de sus progenitores. Algunos adultos suelen decir que los recién nacidos no perciben lo que sucede y en aras de esta creencia, muchos niños y niñas sufren descuido, y abandono físico y afectivo.

El contacto físico y afectivo que brindan los padres y madres al recién nacido desarrolla la confianza y seguridad en el menor, que más adelante será la base de su autoestima y autoconcepto.

Martínez (1980, citado en Oñate, 1989) define la autoestima como el sentido de verse a sí mismo como bondadoso y valioso, y se experimenta en la sensación de confianza y seguridad de uno mismo. El autoconcepto es un término más general puesto que incluye identificar las características propias, así como, su autoevaluación.

Autoestima

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, dentro del cual, se centra la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas. (Coopersmith, 1967).

La valoración que el individuo hace de sí mismo; indica hasta qué punto la persona se cree capaz, importante y competente. En otras palabras, la autoestima es la apreciación negativa o positiva que se tiene de uno mismo. La autoestima se relaciona con la satisfacción de necesidades básicas y de crecimiento personal. (Centros de Integración Juvenil, A.C. 2004).

En cuanto a los obstáculos que se mencionan son los siguientes:

- Transmiten que el niño no es autosuficiente
- Castigan al niño por expresar sentimientos inaceptables
- Ridiculizan o humillan al niño, tanto pública como privadamente
- Transmiten que los pensamientos o sentimientos del niño no tienen valor o importancia
- Intentan controlar al niño mediante la vergüenza o la culpa

- Sobreprotegen al niño y en consecuencia, obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza en sí mismo.
- Educan al niño sin ninguna norma, sin una estructura de apoyo o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas. En ambos casos inhiben el crecimiento normal del niño
- Niegan la percepción que el niño tiene de la realidad e implícitamente lo alientan a dudar de su mente
- Tratan hechos evidentes como irreales, alterando así el sentido de racionalidad del niño
- Aterrorizan al niño con violencia física o con amenazas, inculcándole un agudo temor que perdura en la personalidad del niño
- Tratan al niño como a un objeto sexual

De acuerdo a la literatura es indispensable conocer que existen alteraciones en los menores en términos de personalidad, es decir pueden afectar en el futuro de los mismos, manejarse de igual manera o crecer y desenvolverse de acuerdo al modelo que percibieron en su infancia.

Algunas de las alteraciones que se generan en los niños maltratados son:

Chagoya (1978), y Shum y Conde (1993), refieren graves problemas en el niño, que se manifiestan en una detención, un retraso o inclusive, en una regresión de su desarrollo. Alteraciones provocadas por el miedo que siente el niño ante el maltrato y que le impide desarrollarse sanamente. Así mismo, influye que el niño siente que su deber es permanecer estrechamente ligado a sus padres, por lo que regla su desarrollo individual.

Herzberger, Potes y Dillon (1981) demostraron que los niños que son golpeados describen a sus padres en términos negativos. Así mismo, los niños golpeados tienden a imitar el modelo agresivo del padre y la probabilidad de que esto ocurra aumenta si el abuso es visto como un acto legítimo.

Otros efectos inmediatos son el bajo nivel de autoconcepto y autoestima, lo que se manifiesta en un bajo nivel de competencia y seguridad. También el niño se percibe diferente y se siente rechazado, cree que el maltrato es merecido y tiene sentimientos de culpa, lo que le genera angustia, retraimiento, timidez extrema y depresiones. Todo lo anterior provoca que su capacidad de comprensión y aprendizaje disminuya. (COVAC-UNICEF, 1994-1995; Culp, Little, Letts y Lawrence, 1991)

En cuanto a los efectos a largo plazo se encuentra que, estos niños maltratados presentan agresión, pues es aprendida como forma de relación y resolución de conflictos y la emplean durante su vida adulta, lo que en ocasiones provoca, fracaso matrimonial, conductas delictivas, y abuso de sustancias tóxicas.

Así mismo, presentan baja autoestima, que se refleja en su nivel de competencia. También perdura la depresión que en algunos casos, puede incluso llegar al suicidio.

En casos extremos, los niños golpeados pueden presentar problemas de salud mental como ansiedad extrema y neurosis con tensión excesiva (Chagoya, 1978) que surge el dolor y el terror que sienten los niños al ser agredidos por sus padres, además de las demandas excesivas que ellos mismos se hacen para evitar el maltrato; disociación de ideas, delirios paranoides, psicosis (Malinosky-Rummel y Hansen, 1993) y trastorno de la personalidad múltiple (Orengo, 1994), esto se debe quizá a que los maltratos crean en el niño un estado conciente en una sensación

amenazante e inexplicable de ira. El niño aprende que la sensación es inaceptable y que debe quedar no sólo inexpressada, sino incluso ser “no sentida” conscientemente. Por ello, la sensación o efecto se reprime y permanece en el inconsciente, fuera de la atención (Wilbur, 1984, citado en Orengo, 1994)

En resumen, los niños que sufren de maltrato físico presentan alteraciones psicológicas que van desde somatizaciones y aumento de la ansiedad hasta la presentación de problemas realmente graves como enfermedades mentales, que le impiden desarrollarse individual y socialmente. Otro de los problemas graves que genera este tipo de maltrato es la tendencia a repetir este mismo patrón de relación agresiva tanto en su familia como en la sociedad. También se pueden presentar problemas emocionales y en el peor de los casos Depresión Infantil, lo cual los puede llevar a consecuencias graves en su desarrollo evolutivo, es decir, impedimento para adquirir las habilidades y estrategias y así poder enfrentarse a situaciones adversas a la vida cotidiana.

3.1.2 Alcoholismo

Desde 1952, año en que la Organización Mundial de la Salud reconoció al alcoholismo como enfermedad, han surgido un gran número de definiciones de lo que es este padecimiento.

El alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica, sobre cuyo desarrollo y manifestaciones influyen factores genéticos, psicosociales y ambientales. A menudo, la enfermedad es progresiva y fatal. Se caracteriza por pérdida de control sobre la manera de beber, obsesión por la droga alcohol, consumo de alcohol a pesar de consecuencias adversas y distorsiones en el pensamiento,

siendo la negación la más notable de ella. Cada uno de estos síntomas puede ser de manera continua o periódica. (Journal of the American Medical Association ,1993 JAMA)

En cuanto a las consecuencias adversas, son problemas relacionados con el alcohol o incapacidades en áreas tales como la salud física (por ejemplo, síndrome de supresión del alcohol, enfermedades hepáticas, gastritis anemia y desórdenes neurológicos), el funcionamiento psicológico (por ejemplo, cognición y cambios en el estado de ánimo y en el comportamiento), el funcionamiento interpersonal (por ejemplo, problemas maritales, abuso de menores y deterioro en las relaciones sociales), y problemas legales, económicos y espirituales. A pesar de que el síndrome de dependencia al alcohol puede ocurrir, teóricamente, con ausencia de consecuencias adversas, estas son evidentes en virtualmente todos los casos clínicos.

Otro de los puntos principales es el alcoholismo.

Es importante conocer los antecedentes del alcoholismo en México, ya que en la actualidad se observa que ha existido un incremento considerable con respecto a este problema. Existen muchas causas, sin embargo lo más importante es que conozcamos las consecuencias que se pueden provocar al tener una ingesta alcohólica sin medida.

En 1965, la OMS ubicó a México, casi en un pie de igualdad con naciones como: Estados Unidos y Francia; entre los cinco países de todo el mundo, que sufren agudamente el problema del alcoholismo. En México, regularmente unos quince millones de hombres y mujeres ingieren bebidas alcohólicas. Según los expertos, más del treinta por ciento de esos quince millones de bebedores regulares, son alcohólicos o están a un paso de serlo. Este porcentaje va en aumento y si

las tendencias actuales no se modifican, su número constituirá muy pronto la cuarta parte de la población total del país.

En 1995, la Asociación Psiquiátrica Americana, estimó que aproximadamente la mitad de las muertes por accidentes de tránsito se deben a que el conductor o el peatón han tenido una ingesta alcohólica excesiva. La intoxicación alcohólica grave, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con actos criminales. Por ejemplo: más de la mitad de todos los asesinos presentan intoxicación alcohólica en el momento del asesinato.

Asimismo, la intoxicación alcohólica grave, contribuye a la desinhibición y a los sentimientos de tristeza e irritabilidad que contribuyen a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados. Los trastornos relacionados al alcohol contribuyen al ausentismo laboral, a los accidentes laborales y a la disminución de la productividad. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia pueden asociarse también a la dependencia alcohólica.

Rosovsky (1982), menciona que los efectos de ingerir alcohol son: sensación de bienestar, relajación, el bebedor deja de lado las preocupaciones, sus sentimientos de autoestima y adecuación aumentan, produce efectos desinhibidores, euforia, se deterioran las relaciones con los seres más cercanos provocando daños emocionales.

Molina (1982), menciona que los alcohólicos son personas dependientes, experimentan una confianza irracional en los objetos externos, como medio para obtener cuidado y seguridad, su dependencia la manifiestan en dos formas: como una orientación infantil hacia las personas que perciben proveedores de cariño, aceptación y confort, o bien como una actitud pasiva hacia el

mundo que percibe fuera de su alcance y como el que determina su destino, la pasividad encubre una gran hostilidad y una actitud vigilante con el propósito de obtener la gratificación inmediata de sus deseos o bien para defenderse del destino destructivo. Son depresivos con sentimiento básico de desesperanza y tristeza que va desde expresiones esporádicas de desvalorización hasta intentos repetidos de suicidio. Son esquizoides que presentan un sentimiento básico de distanciamiento y soledad. Son bastante hostiles, algunos alcohólicos adoptan una actitud abierta manifiesta de conductas destructivas dirigidas al exterior y otras contra si mismos manifestando estas en actos autodestructivos o en verbalizaciones de autorrepugnancia. Son sexualmente inmaduros, presentan una falla en la identificación psicosexual, que se manifiesta desde una disminución de la actividad heterosexual hasta la homosexualidad activa.

Nápoles (1992), concluye que, estos individuos aparecen como personas inadecuadas, incompetentes que buscan evitar responsabilidades, insatisfechos e inconformes, poseen un pobre concepto de si mismos, somatizan, presentan niveles de depresión clínicamente significativa, tienden al aislamiento, padecen insomnio, son egocéntricos, inmaduros, histeroideos, dependientes, con dificultad para aceptar normas establecidas, rebeldes, poseen poca tolerancia a la frustración, carecen de juicio social y de la capacidad de aprender de sus experiencias, tienen conflicto con personas que representan autoridad, son desconfiados, hipersensibles, evitan la realidad, impulsivos, introvertidos y padecen grandes niveles de ansiedad.

Estos individuos difícilmente pueden formar una familia, por lo tanto existe un gran impacto en el núcleo familiar que presente problemas de alcoholismo en alguno de los integrantes del mismo.

Impacto del alcoholismo en la familia.

Los familiares del alcohólico a quienes Conway (1981), llamo: alguna vez “los otros significantes”, han sido a través del tiempo y de la experiencia en la practica terapéutica adquiriendo el lugar y el relieve que tienen en la enfermedad del alcoholismo llamada hoy en día por algunos teóricos, “enfermedad familiar”.

Wallace (1990), reporta que las esposas de los alcohólicos se enfrentan a ellos con diferentes tácticas como : abandono de la relación marital, evitan a los esposos, se rehúsan a tener relaciones sexuales y niegan sus propios sentimientos y se resisten a comunicarse. Dan protección al alcohólico, le sirven la bebida, explican su comportamiento a sus patrones, inventan excusas y se aseguran que el alcohólico coma. Los atacan, los maltratan verbalmente, los dejan fuera de casa y discuten con ellos acerca de divorcio. Defienden los intereses familiares, control del dinero, pagan las cuentas, alejan al alcohólico de los hijos y dan a aquel pequeñas cantidades de dinero. Representan papeles como los siguientes: amenazan con suicidarse, se emborrachan con el esposo, provocan sus celos.

En las familias donde hay un padre alcohólico en caso que se desarrollen alianzas, estas son destructivas y por lo general consisten en que uno de los padres y un hijo (o hijos), van en contra del otro padre.

Por otro lado en las estructuras de las familias de alcohólicos, en caso de haber reglas, por lo general no se basan en la necesidad de que haya una protección saludable, sino que surgen de la

vergüenza, de la culpa o del miedo. En vez de que exista una regla sobre “no golpear”, hay una regla implícita de “no hay que decir a los demás porque trae uno un moretón”

Por lo tanto el papel de la esposa es muy significativo en el desenvolvimiento familiar, ya que si existe temor a las reacciones del esposo, posiblemente pueda verse afectado el cuidado hacia ella misma así como a los propios hijos, así mismo debemos conocer el rol de la esposa cuando existe una dinámica familiar con problemas de alcoholismo

El papel que juega la esposa del alcohólico.

Es importante conocer que rol que adquiere la esposa del alcohólico ya que en estas personas (esposas), se va perdiendo la individualidad, así como el sentido de respeto a si misma y va disminuyendo la capacidad de responder adecuadamente a las responsabilidades del hogar.

A los cónyuges de los enfermos de alcoholismo se les ha denominado de diversas formas, muchas de ellas son adjetivos peroyativos, sin embargo, en la década de 1940, influenciadas por el surgimiento de las organizaciones de alcoholismos anónimos, se crearon grupos de autoayuda formado por las esposas de los alcoholismos quienes se denominaron así mismas coalcohólicas.

El termino coalcohólicas se modifico hacia finales de los años setentas, la palabra codependiente emergió y se uso para describir a la persona o personas cuyas vidas se veían afectadas como resultados de la relación cercana con alguien que padece una dependencia química (Subby, 1984).

Steinglass (1981), en sus investigaciones acerca del impacto del alcoholismo en las relaciones familiares concluye que :

- a) Las esposas de los alcohólicos y probablemente otros miembros de la familia conforman un grupo que sufren de más problemas emocionales.
- b) El grado y la forma precisa de los problemas emocionales varía considerablemente.
- c) Sin embargo, las investigaciones acerca del impacto del alcoholismo en la familia se encuentran en una etapa rudimentaria.
- d) No existe una entidad clínica clara que corresponda únicamente al concepto de coalcoholismo.

Padres alcohólicos – Consecuencias en los menores.

Existe consenso entre la mayoría de los profesionales dedicados a la salud mental, en que la etapa de la niñez es muy importante en la formación de nuestra personalidad, como lo consigna Santiago Ramírez (1984), en *Infancia es Destino*. La experiencia de los niños en los hogares en donde uno o ambos padres padecen la enfermedad del alcoholismo suele dejar profundas huellas en sus actitudes ante la vida.

El alcoholismo del padre es una enfermedad que afecta a todos y cada uno de los miembros de la familia, pero los que se ven más afectados son los miembros que están en formación, es decir, los hijos, los cuales se ven afectados en su desarrollo y por lo tanto en su salud mental. Existen diferencias en el desarrollo psicomotriz y alteraciones emocionales, como desvalorización de la

figura paterna, reacciones agresivas y rivalidad edifica. Los hijos de padres alcohólicos presentan un nivel de maduración psicomotriz por debajo de su edad cronológica. También son más agresivos, impulsivos, presentan confusión, ansiedad, retraimiento, timidez, inestabilidad, pobre control interno debido a la tensión, baja tolerancia a la frustración, falta de interés y de atención. Existen más conflictos de adaptación en los hijos de padre alcohólico, así como también valoran más a la madre y toman actitudes en donde expresan abiertamente su agresión y son más regresivos.

Cuaron (1988), evaluó las actitudes de hijos con padres alcohólicos, y observó que estos perciben a sus padres como abusivos, incomprensibles y atemorizantes, lo cual es todavía más acentuado por una conducta del padre que es amistosa de forma irregular. Los conflictos entre los padres, sus constantes peleas y la conducta caprichosa del padre, por lo regular causa un fuerte sentimiento de inseguridad en el niño, la cual es agrandarse por las numerosas humillaciones que el niño tiene que pasar, lo que hace que estos tengan una baja autoestima. Los alcohólicos tienden a jugar un rol pasivo y dependiente alternado con periodos de dictador. La estructura del carácter de los hijos del alcohólico tiende al aislamiento de medio ambiente, miedo e inseguridad, problemas con las figuras paternas, baja autoestima, fantasías de omnipotencia y dependientes. Además se sienten engañados por sus padres por la tendencia a negar sus sensaciones y hechos dolorosos. Es más constante el temor y la ansiedad como los sentimientos de soledad, culpa y vergüenza.

Mattei (1988), reporta que estos niños utilizan más el mecanismo de forma reactiva, pues es como represión que transforma el objeto doloroso en su opuesto; tienden a ser más regresivos, es decir, a presentar conductas de etapas anteriores de su vida en que sus experiencias fueron más placenteras, es significativo el aislamiento emocional y la negación (el olvido de las realidades).

La angustia es mas elevada, tienden a la vergüenza y la culpa por tener un padre alcohólico que pueden manifestarse en sentimientos de soledad y agresión.

Black (1991), refiere que conforme la gente avanza en el alcoholismo, lo más normal es que el cónyuge se preocupe cada vez mas por la conducta del alcohólico. Esta preocupación se denomina coalcoholismo. Esto provoca que para los hijos la combinación de alcoholismo y coalcoholismo da como resultado que ninguno de los padres pueda responder ni estar disponible de manera predecible y coherente. Así mismo describe la forma elocuente y clara la dinámica de relación que genera un alcohólico dentro de su núcleo familiar, desde la perspectiva de los papeles que cada quien desempeña y explica que los niños en el seno de una familia alcohólica adoptan uno o una combinación de los siguientes roles.

- a) El responsable. Este hijo se vuelve muy responsable de si mismo y de los demás miembros de la familia. Desde que surgió el alcoholismo en su familia ha sido un adulto; es el niño de siete años que se acuesta con su mama y la niña de nueve que prepara la comida todos los días, el niño de doce que conduce el automóvil porque su padre esta demasiado ebrio para conducir, es un niño que rara vez se comporta mal, por el contrario asume muchas responsabilidades en las tareas del hogar y en la crianza de sus hermanos y posiblemente por sus padres.
- b) El mediador. Para este hijo es mas fácil seguir nada mas las instrucciones, hacer frente a lo que haya que enfrentar, adaptarse a las circunstancias del día. Este patrón de hacer frente a las cosas hace que el niño parezca más flexible, más espontáneo y posiblemente más egoísta que los otros miembros de la familia.

- c) El conciliador. Intenta hacer sentir bien a los demás miembros de la familia, como si fuera el responsable del sufrimiento de todos; es más sensible a los sentimientos de los demás y dedica mucho tiempo a reducir la intensidad del dolor que hay en el lugar. Este hijo es muy bueno para escuchar y trata de desaparecer la tristeza de su mamá, el miedo de su hermano, la vergüenza de su enrama y la ira de su papá.
- d) El hijo de conducta inadecuada. Manifiesta conductas problemáticas que tipifican la situación familiar, estos niños constituyen el estereotipo supuestamente característico del hijo de alcohólicos. Con su conducta frecuentemente logran distraer la atención de ellos y centrar la atención en él y no en el miembro alcohólico; son hijos con bajo rendimiento escolar terminan abandonando sus estudios, ingieren alcohol o drogas y poseen una imagen pobre de si mismos.

Los hijos que crecen en hogares donde el alcoholismo es un problema rara vez aprenden la combinación de habilidades que construye una personalidad sana, por el contrario, se encasillan en roles basados en su percepción de lo que necesitan hacer para sobrevivir y para aportar algo de estabilidad en sus vidas.

Estas formas de sobrevivencia llevan a menudo a extremos enfermizos. Este desarrollo inusual de la conducta al enfrentar las cosas a menudo, trae como consecuencia un déficit emocional psicológico.

Por lo antes mencionado se concluye que resulta importante destacar que son individuos afectados por el alcoholismo de su o sus padres y que el impacto del alcoholismo de sus vidas se reflejará en alguna de las etapas de su desarrollo.

3.1.3 Drogadicción

Los resultados de diversas investigaciones sobre drogadicción señalan que el núcleo familiar y particularmente, ciertos aspectos de su dinámica, como la calidad de la relación, la comunicación, la expresión de afectos, los valores, la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas y emocionales, así como el sentido de unión y pertenencia entre los integrantes de las familias, son factores que aumentan o disminuyen el riesgo del consumo de drogas.

El término de Droga, se refiere a una sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida (alimento, agua, oxígeno), que al introducirse a un organismo vivo, modifica alguna de sus funciones y a veces la propia estructura de los tejidos. Estos cambios también incluyen alteraciones en el comportamiento, las emociones, sensaciones y en los pensamientos de las personas. (Centros de Integración Juvenil, A.C. 2004).

Drogadicción, es el hábito de consumir drogas y dependencia de ellas. (Diccionario Enciclopédico ASURI, 2004:831)

Fármacodependencia, estado del individuo que psíquica o físicamente necesita tomar un medicamento y no puede prescindir de él. (Diccionario Enciclopédico ASURI, 2004:831)

Toxicomanía, hábito de consumir drogas y dependencia patológica de las mismas. (Diccionario Enciclopédico ASURI, 2004:831) (Diccionario Enciclopédico ASURI, 2004:831)

Drogadicto, se aplica a la persona que es adicta a las drogas, que depende de ellas.

Toxicómano, Se dice de la persona que padece toxicomanía. (Diccionario Enciclopédico ASURI, 2004:831)

De acuerdo a estas definiciones, se retoma la que señala Centros de integración Juvenil, A.C., por ser una Institución que se encarga específicamente de este problema a nivel personal y social en México.

Para comenzar, la drogadicción puede definirse de forma muy simple como cualquier dependencia psicológica o fisiológica de un organismo a una droga (Reber, 1995)

Además de lo anterior, se le ha descrito y considerado como una enfermedad, planteando que esta tiene bases fisiológicas, psicológicas o emocionales, sociales, culturales, etc. Por otro lado, hay quienes la han interpretado como un fenómeno conformado por el conjunto de todos los factores mencionados, mas un sin fin de otros procesos que se están dando a la vez, es decir, esta mirada demarca la imposibilidad de entender este fenómeno desde una perspectiva causa-efecto o unilinea, por su mas que evidente complejidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1993 decide reemplazar los términos adicción y habitación por el de dependencia y en 1992 la define como un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad, en donde hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia de drogas pueden ser biológicas, psicológicas o sociales. (Secretaria de Salud, "SSA" y Conadic, 1999)

Así mismo es importante resaltar que la adicción se presenta cuando se generan patrones de comportamiento reiterados, de búsqueda y consumo de la sustancia psicoactiva, de manera que la misma ocupe una parte fundamental o central en la vida del adicto. Cuando esta persona suspende el consumo, percibe molestias de distintos niveles de intensidad, según la sustancia, el tiempo, dosis y frecuencia de consumo y de acuerdo con sus características individuales, psíquicas y fisiológicas (Conadic, 1994)

El consumidor de droga

Entre los distintos consumidores de droga hay que distinguir diversas clases:

El consumidor ocasional: es aquel que consume droga esporádica y excepcionalmente.

El consumidor habitual: es quien consume repetidamente, pero mantiene el suficiente control tanto de la frecuencia cuanto de las dosis; su vida en la sociedad es prácticamente normal.

El fármaco dependiente o tóxico dependiente: es el sujeto que ha llegado a la dependencia de la droga; la consumición de droga se hace en él compulsiva y puede llegar en algunos casos al síndrome de abstinencia.

El toxicómano: es el sujeto en quien la dependencia de la droga es tal que vive tan sólo para ella; recurre a cualquier medio para conseguirla; desaparece para él todo interés (personal, familiar, social); pierde todos los valores morales.

Entre los problemas sociales que favorecen el consumo son:

Nuestra sociedad contemporánea ha creado las condiciones para que el fenómeno de la drogadicción pueda ser considerado prácticamente una “cultura” (o mejor “subcultural”); porque, en efecto, la drogadicción se coloca en una línea armonizable con otras manifestaciones propias de nuestro tiempo, como son:

- BUSQUEDA CONTINUA DEL PLACER
- HEDONISMO EN TODOS SUS ASPECTOS
- INTOLERANCIA ANTE EL DOLOR Y LA FRUSTRACION
- FALTA DE VALORES
- EL MATERIALISMO CONSUMISTA
- INMADUREZ EN LOS ADULTOS
- DESINTEGRACION DEL NUCLEO FAMILIAR

Este tipo de características de nuestro fin de siglo han creado un estado de vacío, de frivolidad y de cansancio psicológico tal que el instinto de supervivencia espiritual busca desesperadamente salidas alternativas. Es muy significativo que la Organización Mundial para la Salud haya indicado como razones por las que se comienza a consumir algunas drogas “suaves” (como la marihuana): la curiosidad por los efectos y sensaciones producidas por las drogas, el conseguir la satisfacción de pertenecer a un grupo y ser aceptado por los miembros del mismo, el manifestar independencia o también hostilidad, el tener experiencias nuevas, agradables o peligrosas (el atractivo por las situaciones de riesgo), el adquirir una mayor capacidad creativa, el entrar más fácilmente en estado de sueño o éxtasis, el huir de algún problema.

Efectos principales de las drogas

Las drogas causan terribles efectos en sus víctimas. Muchos son totalmente imprevisibles; pero entre los más comunes podemos indicar:

a) Modificaciones en la estructura de la personalidad: degradan la persona, se pierde la noción de los valores morales, se pierden progresivamente los intereses culturales y profesionales, desaparece toda capacidad para dar y recibir afecto (los demás dejan de interesar excepto si son útiles para obtener más droga), la mentira pasa a ser comportamiento habitual, se pierde el sentido de responsabilidad, se pierde el sentido de la vida.

b) Modificaciones sobre el comportamiento en la familia: los hijos se aíslan de los padres (por ejemplo, viven encerrados en sus cuartos o se relacionan sólo con grupos cerrados de amigos), adquieren comportamientos irritables, se da una progresiva pérdida de respeto por los padres.

c) Alteraciones en el ámbito escolar y laboral: pérdida del sentido del estudio y del trabajo, disminución del rendimiento, abandono de dichas actividades.

d) Alteraciones sociales: delincuencia y prostitución para conseguir dinero o por el ambiente en que se maneja, conductas suicidas (se calcula que 1 de cada 25 alcohólicos intenta suicidarse por lo menos una vez en la vida; esto es más agudo en las drogas químicas).

e) Problemas físicos: artritis, cirrosis hepática, depresión, malnutrición, encefalopatías, herpes, hepatitis B, sida, sífilis, tuberculosis, etc.

f) **Disturbios mentales:** la drogadicción puede facilitar la aparición de disturbios mentales como: ansiedad, cuadros sicóticos (especialmente con las drogas con efectos alucinógenos: alucinaciones e ideas delirantes), disturbios mentales endógenos como esquizofrenia.

Tomando en cuenta esta alteración, el individuo no puede tener una estabilidad en el caso de que tenga una familia, es decir, no puede tener la responsabilidad para poder brindar seguridad, respeto, cariño y bienestar a los integrantes de la misma.

Las consecuencias en ocasiones suelen ser irreversibles provocando un daño emocional, cognitivo y social al menor, debido a la vulnerabilidad en la que se encuentra de acuerdo a la etapa del desarrollo evolutivo.

METODOLOGIA

Metodología

Para la presente investigación se partió de la detección de Depresión Infantil en niños de edad escolar.

Planteamiento del problema

¿Qué factores de riesgo inciden en la Depresión Infantil en escolares entre ocho y nueve años de edad?

Objetivo General

Identificar Depresión infantil en escolares entre ocho y nueve años de edad.

Objetivo Particular

- Identificar factores de riesgo que inciden mas comúnmente para desencadenar Depresión Infantil

Hipótesis

Ho. No existen factores de riesgo significativos para desencadenar Depresión infantil.

Hi: Si existen factores de riesgo significativos para desencadenar Depresión infantil.

Variable Independiente.- Factores de riesgo: **violencia intrafamiliar, alcoholismo y drogadicción.**

Variable Dependiente.- **Depresión Infantil**

Tipo de investigación

Descriptivo.- Estudio que sólo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

Transversal.- Estudio que se lleva a cabo en el presente y en un momento determinado

Observacional.- Estudio en el cual sólo se describe el fenómeno estudiado; por tanto no se puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

Universo.- Escuela primaria Plan de Ayutla, en la Ciudad de México, perteneciente a la SEP.

Muestra.- La muestra de esta investigación se formó con un total de 137 niños y niñas de entre ocho y nueve años de edad, pertenecientes a grupos de 3ro. y 4to año de educación primaria.

Material y métodos

La manera en cómo se llevó a cabo la recopilación de datos fue mediante la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, una escala de Depresión Infantil y una Encuesta a padres de familia.

Batería de pruebas psicológicas

Se ocuparon tres pruebas psicológicas, las cuales son:

- **H-T-P. (Casa, Árbol y Persona).**

Este dibujo tiene un lugar en diversas áreas de la actividad clínica. La tarea puede considerarse como una muestra inicial de la conducta que permite al clínico valorar las reacciones del individuo frente a una situación poco estructurada. (John N. Buck, 1995)

Para propósitos de diagnóstico, el H-T-P proporciona información que, una vez relacionada con otros instrumentos de valoración y de entrevista, puede revelar los conflictos y preocupaciones generales del individuo, así como aspectos específicos del ambiente que encuentra problemáticos.

En esta ocasión sirvió para rastrear aspectos en cuanto a roles en el núcleo familiar, identificar figuras de autoridad y relación entre hermanos. Así mismo se observaron características emocionales, como autoestima, y autoconcepto.

Rasgos significativos que se tomaron en cuenta para la valoración del H T P (Ver Anexo A)

- **PRUEBA DEL DIBUJO DE LA FAMILIA**

La prueba del Dibujo de la Familia es una prueba gráfica proyectiva, en donde se ponen en juego, de manera más marcada, los aspectos emocionales, por lo que hay que tomar en cuenta la etapa de desarrollo cronológico en la que se encuentra el menor. Así mismo en ésta prueba se manifiesta con claridad la dinámica triangular en la que el niño se estructura como sujeto. (Fayne E., 1999).

Los aspectos significativos para el diagnóstico y la interpretación global que se utilizaron en ésta prueba proyectiva son de acuerdo a Louis Corman, y Joseph M. Lluís Font (Ver Anexo B)

Las pruebas subjetivas, dan información del funcionamiento del paciente dentro del contexto en el que se está desarrollando.

Es importante señalar que los detalles pueden ser interpretados de forma conjunta o de manera aislada, esto depende del caso y de la revisión de toda la batería aplicada. Teniendo en cuenta que a pesar de su naturaleza subjetiva, se aplicaron con el propósito de complementar los resultados del CDS, ya que siempre es necesario valerse de otros instrumentos psicológicos con el fin de obtener resultados con mayor validez.

- **CHILDREN'S DEPRESIÓN SCALE (CDS)**

En lo que respecta a la escala de Depresión Infantil, se refiere a:

Autor: Tisher, Miriam y Larg, Moshe (Australia, 1978)

Objetivo: Evaluación global y específica de la depresión.

Edad de aplicación: De 8 a 16 años.

Numero de ítems: 66; (Ver Anexo C)

Como ya se mencionó, el CDS se aplica a niños comprendidos entre los ocho y dieciséis años, es decir, a individuos que puedan comprender el contenido de los elementos.

Permite establecer la intensidad de la depresión del niño y comprender la naturaleza de la depresión en contextos terapéuticos. Así mismo confirma si existe o no un cuadro depresivo.

El CDS, fue adaptado en la Cd. De México, por Cruz, Morales y Ramírez (1996). Utilizado, en estudios en donde la depresión y el maltrato mantienen cierta conexión.

Escala de medición de Children`s Depression Scale: Se clasifica de la siguiente manera

0-30 Cuadro Depresivo.- De acuerdo al CDS, los menores que en los resultados se ubican en la escala de 0 a 30, son considerados niños depresivos, caracterizándose por presentar baja autoestima, tristeza, llanto excesivo, sensibilidad, conductas agresivas, problemas para ajustarse de manera adecuada al medio que les rodea, un pobre concepto de sí mismos, inseguridad, irritabilidad, sentimiento de culpa y en el peor de los casos deseos de morir.

31-70 Cuadro no depresivo.- De acuerdo al CDS, los menores que en los resultados se ubican en la escala de 31 a 70, son considerados niños no depresivos. En estos menores las características sobresalientes son de tipo positivo ya que son niños/as que cuentan con las habilidades y estrategias para desenvolverse de manera adecuada en el medio que les rodea, así como una autoestima y autoconcepto estructurado logrando que sean niños seguros, dependientes, cálidos y con iniciativa para emprender actividades que se les presenten, por lo que pueden afrontar problemas de la vida cotidiana de acuerdo a esta edad. Pueden relacionarse, iniciar amistades o integrarse a nuevos grupos con facilidad.

71-99 Riesgo a presentar cuadro depresivo. De acuerdo al CDS, los menores que en los resultados se ubican en la escala de 71 a 99, son considerados niños con riesgo a presentar depresión, caracterizándose por presentar disminución en su autoestima, lo cual provoca conductas agresivas, recelo, envidias, irritabilidad, suspicacia, así como actitudes de reto hacia con sus padres. Pueden presentar problemas para poder relacionarse adecuadamente con sus compañeros y familiares e incluso bajo rendimiento escolar y en grados extremos deserción de la misma.

Fue necesario elaborar:

- **Encuesta para padres de Familia**

Para la realización de la encuesta para padres de familia y con fines exploratorios, se tomaron en cuenta aspectos del desarrollo, de alimentación, relación entre padres de familia, roles de autoridad, manejo de límites, enfermedades hereditarias, rendimiento escolar, acontecimientos

significativos para el menor (muertes, enfermedades), haciendo énfasis en los factores de riesgo que en ésta investigación son las variables a estudiar. (Ver Anexo D)

Procedimiento

De acuerdo al protocolo de la Institución primaria Plan de Ayutla, la Dirección de la escuela hizo la presentación (que realizó la autora de esta investigación) ante profesores y alumnos, haciendo referencia a los niños que tendrían que participar en algunas actividades en otra aula y dirigidas por la investigadora, enfatizando que la información proporcionada sería totalmente confidencial.

Se partió de lo siguiente:

En primer lugar, se solicitó un aula a la Institución primaria Plan de Ayutla, con el fin de que los niños se sintieran en un ambiente seguro y tranquilo, estableciendo un contexto de confidencialidad y calidez.

El aula se encuentra ubicada frente a la Dirección, cruzando el patio de descanso, las paredes son de color verde, tiene ventanales por ambos lados, sin embargo los del lado del patio están cubiertos por cortinas, al igual que la puerta, ya que ésta cuenta con una ventana; dentro del salón se encontró un estante, el cual está bajo llave, un escritorio metálico, y diez pupitres, los cuales son de fierro con respaldo y asiento de madera, haciendo énfasis de que los pupitres se encuentran deteriorados, es decir, con una base inestable y asientos averiados. La iluminación es ligeramente baja y la ventilación es suficiente de acuerdo a la estructura del inmueble.

Aplicación del Test H T P

Se comenzó por la aplicación de la prueba proyectiva H T P. Tomando en cuenta que eran cinco grupos en total, dos terceros y tres cuartos, se solicitó un niño de cada grupo, por número de lista, haciendo la distribución en el aula de tal manera que no existiera algún tipo de influencia entre los menores.

Estando ya los niños distribuidos, se les pidió que sólo sacaran un lápiz y una goma, y se procedió a entregar una hoja blanca a cada niño en posición vertical.

Las instrucciones fueron las siguientes:

“Lo que vamos a hacer primeramente es dibujar una casa, un árbol y una persona, en la hoja que les acabo de dar, solo utilizando lápiz y goma, y de preferencia no girar la hoja de la posición que se les entregó. Al terminar sus dibujos se los recogeré e irán saliendo del aula en silencio y esperaran en la banca que se encuentra allá afuera. Posteriormente saldré para indicar nuevas instrucciones”.

Al momento de que el último de los menores terminó de realizar sus dibujos, procedí a salir por los cuatro niños restantes que se encontraban fuera del aula, dando la instrucción de que pasaran al aula y se colocaran en el mismo lugar en el que estaban.

Aplicación del Test La Familia

Se les entregó una segunda hoja blanca en posición vertical, dando las siguientes instrucciones:

“Ahora y ya por último se les pide que hagan el dibujo de su familia, poniendo el nombre de las personas que integran esta misma. Tratando de no girar la hoja.

En el momento en como vayan terminando podrán salir del aula en silencio y se dirigirán a su salón de clases”.

Este procedimiento se llevó a cabo de igual manera con todos los niños que participaron en ésta investigación.

Aplicación de Children's Depresión Scale

En esta investigación la aplicación de la escala se llevó a cabo de forma individual, colocando al menor del lado derecho al examinador; se manejaron las 5 tarjetas de respuesta, cada una con el símbolo y la leyenda siguiente:

(++) Muy de acuerdo; (+) De acuerdo; (-+) No estoy seguro/a; (-) En desacuerdo; (--) Muy en desacuerdo.

Posteriormente, los 66 ítems (tarjetas pregunta) fueron leídos por el examinador, entregando la tarjeta al menor para que la colocara en las tarjetas de respuesta, de forma libre y tomando su tiempo para elegir su respuesta, mientras el examinador señalaba en la hoja de respuestas lo que el niño había elegido. (Ver Anexo E)

Aplicación de la escala CDS:

Se comenzó por el grupo 3ro "A", posteriormente 3ro "B", 4to "A", 4to "B" y 4 "D". Llamando a los niños de forma individual y por número de lista.

La aplicación de la escala CDS, fue en el escritorio de forma individual para cada menor, se colocaron las tarjetas de manera que el niño/a las tuviera de frente, las preguntas y el llenado de la hoja de respuestas se hicieron por parte de la investigadora, dejando que el niño tomara las tarjetas (pregunta) y las colocara en las tarjetas (respuesta).

Por la delicadeza de la escala de Children's Depression Scale, se les otorgó a los menores el tiempo necesario para responder. Conforme a las actitudes y comentarios, fue necesario explorar con mayor profundidad algunas respuestas obtenidas por los menores, con el fin de obtener más elementos con que sustentar o descartar algún cuadro depresivo.

Siendo este procedimiento para todos y cada uno de los niños que participaron en la presente investigación.

En cuanto a la encuesta para padres de familia

La encuesta a padres de familia se realizó de manera colectiva (durante la firma de boletas) por las siguientes tres razones:

- Por petición de la Dirección de la Institución primaria.
- Para dar a conocer a los padres de familia o tutores las actividades que se llevarían a cabo con sus hijos.
- Por la seguridad en cuanto a la asistencia de los padres o tutores a la Institución primaria.

Por lo tanto, la aplicación se llevó a cabo al término de la firma de boletas, dando a los padres de familia el tiempo que requirieran para el llenado de la misma, por otro lado por parte de la Institución se recibió apoyo por parte de la Directora y de dos pedagogas que laboran en dicho plantel

La recolección de la encuesta se realizó por número de lista en cada grupo muestra, con el fin de garantizar la entrega completa de la mismas.

RESULTADOS

Resultados

En cuanto a los resultados de la presente investigación se fueron plasmando de la siguiente manera, tomando en cuenta que no es un estudio comparativo se procedió a describir de manera grupal lo siguiente:

1. Descripción de categorías: 1.1 Depresivo.
1.2 No Depresivo.
1.3 Con Riesgo.
2. Gráfica de cada uno de los grupos de 3ro y 4to año.
3. Gráfica comparativa de los grupos de 3er. año.
4. Gráfica comparativa de los grupos de 4to año.
5. Gráfica comparativa entre los grados de 3ro y 4to año.
6. Gráfica de los factores de riesgo.

1.1 Categoría de un Cuadro Depresivo

Los niños que arrojaron resultados elevados en el CDS, también reúnen características de tipo emocional, conductual, social y escolar.

Estos niños comunican sentirse tristes, solos, con llanto excesivo, irritabilidad y explosiones de mal humor, agresivos, lo cual desencadena que presenten poca tolerancia a la frustración, ocasionando problemas con sus compañeros de escuela, así como en el ámbito familiar, su rendimiento escolar se encuentra disminuido, se aburren constantemente, tratan de alejarse de la gente, tienen poca capacidad para el placer, así como para aceptar la ayuda, sus pensamientos constantemente son de temor o preocupación por la muerte, así como pensamiento suicida, o algún sentimiento de pérdida, real o imaginario. Así mismo estos aspectos los llevan a tener sentimientos de inadecuación, desamparo, desesperación y falta de cariño. Todo esto aunado logra que se afecte directamente la autoestima y el autoconcepto de los niños.

1.2 Categoría de un cuadro no depresivo

Los niños que se ubicaron en un cuadro no depresivo presentaron las siguientes características:

De acuerdo a la escala CDS, en estos niños hay mayor probabilidad de que cuenten con la capacidad, elementos y estrategias suficientes para poder enfrentar problemas de tipo familiar, social y escolar.

En esta categoría los sentimientos son de alegría, los niños son capaces de adecuarse a la situación que se les presente, se sienten útiles, activos, con habilidad para realizar actividades que se propongan tanto en el ámbito escolar, familiar, o social, su autoestima se encuentra estructurada, logrando un sentimiento de seguridad, empatía, independencia y autonomía. Tienen la iniciativa para realizar actividades, así como energía suficiente para concluir lo que comienzan, se sienten queridos, así como también expresan cariño por sus semejantes. El autoconcepto se encuentra estructurado ya que se sabe un niño escuchado, tomado en cuenta, protegido y con el afecto de sus progenitores, tienen un rendimiento escolar adecuado y pueden crear un ambiente cálido con las personas que se desenvuelven. Así como la habilidad de enfrentar situaciones de conflicto

1.3 Categoría de un cuadro con riesgo a Depresión

Los niños que se ubicaron con riesgo a presentar un cuadro depresivo cuentan con las siguientes características:

De acuerdo a los comentarios de los menores que se ubicaron en esta categoría, son niños que presentan una conducta irritable, con algunas explosiones de humor, tienden a golpear y burlarse de sus compañeros, están en busca de actividades o situaciones desafiantes en el ámbito escolar, social, su rendimiento escolar fluctúa, buscan gratificaciones hasta el punto de llegarlas a exigir, son poco cooperativos, buscan depender o que dependan de ellos. Se muestran poco empáticos y cálidos, en ocasiones pueden presentar llanto, su energía se encuentra un tanto disminuida, rebasan límites, y constantemente confrontan a las figuras de autoridad (padres o profesores).

2. Gráfica de los grupos de 3ro y 4to año

2.1 Grupo 3-“A”

En este grupo participaron dieciocho niños, observando que no se presentó ningún menor con cuadro depresivo, sin embargo existen seis niños con riesgo para desencadenar un cuadro depresivo, el resto de los menores los cuales fueron doce, resultaron dentro de lo normal, de acuerdo al análisis psicológico que se llevó a cabo. (Ver Anexo 1)

2.2 Grupo 3- “B”

En este grupo participaron veinticuatro niños, de los cuales seis presentan cuadro depresivo, catorce se colocan en un rango normal de acuerdo a la escala y tres se encuentran con riesgo a presentar en un futuro cuadro depresivo. (Ver Anexo 2)

2.3 Grupo 4- “A”

En este grupo participaron treinta y tres niños, de los cuales ocho presentaron cuadro depresivo, veintidós se colocan en un rango normal de acuerdo a la escala y tres con riesgo a presentar en un futuro un cuadro depresivo. (Ver Anexo 3)

2.4 Grupo 4- “B”

En este grupo participaron cuarenta niños, de los cuales trece presentaron cuadro depresivo, diecinueve se colocan en un rango normal de acuerdo a la escala y ocho con riesgo a presentar en un futuro un cuadro depresivo. (Ver Anexo 4)

2.5 Grupo 4- “D”

En este grupo participaron veintidós niños, de los cuales cinco presentaron cuadro depresivo, diez se colocan en un rango normal de acuerdo a la escala y siete con riesgo a presentar en un futuro un cuadro depresivo. (Ver Anexo 5)

3. Gráfica comparativa de los grupos de 3er año.

En la grafica 6 se observa el total de los cuarenta y dos alumnos que conforman los grupos de Tercero “A” y Tercero “B”, tomando en cuenta las categorías de depresivos, no depresivos y con riesgo a desencadenar un cuadro depresivo. (Ver Anexo 6)

4. Gráfica comparativa de los grupos de 4to. año.

En la gráfica 7 se observa el total de los noventa y cinco alumnos que conforman los grupos de Cuarto “A”; Cuarto “B” y Cuarto “D”, tomando en cuenta las categorías de depresivos, no depresivos y con riesgo a desencadenar un cuadro depresivo. (Ver Anexo 7)

5. Gráfica general de los grupos 3ro y 4to año.

En esta gráfica 8, se observa a los ciento treinta y siete alumnos que conforman el total de la muestra para esta investigación, de los cuales el 23% presentan cuadro depresivo, el 57% se encuentran dentro de lo normal y el 20% corren un riesgo para desencadenar depresión infantil de acuerdo al análisis psicológico que se llevo a cabo en la presente investigación. (Ver Anexo 8)

6. Gráfica de los factores de riesgo que inciden en Depresión Infantil.

En la gráfica 9, (Ver Anexo 9) se observa cual es el factor de riesgo que predomina en las categorías de depresivos y con riesgo.

- Violencia Intrafamiliar 48%
- Alcoholismo 30%
- Drogadicción 7%

Si existe relación de los niños con depresión infantil y los factores de riesgo, pero no se extrapola a todos los casos depresivos. (Ver Anexo 10, grafica 1.1 ; 1.2 y 1.3) ya que se observa que el trastorno depresivo no es forzosamente causado por estos mismos

Por otro lado se encontró un 15% de niños que también presentan un cuadro depresivo (Ver gráfica 1.4 Anexo 13), por otros motivos, los cuales resultaron ser:

- Ausencia de padre o madre. (muerte, divorcio o encarcelamiento)
- Enfermedad en los menores.

Siendo una variable extraña la cual es de suma importancia para esta investigación.

Así mismo los resultados que se obtienen en ésta investigación se observa que de 137 niños 100%, de la muestra total de la población, el 23% presenta un cuadro depresivo de acuerdo a los resultados obtenidos, considerada una cifra elevada y significativa, cuestión que es importante combatir con apoyo de la Institución primaria, la cual cuenta con la disposición, quedando fuera de sus manos, el apoyo familiar de los menores, ya que existe gran renuencia por parte de los padres de familia para asistir a la Institución primaria para cualquier otro efecto que no sea firma de boletas.

El 20 % de la muestra presenta un riesgo para presentar un cuadro depresivo, lo cual es significativo al igual que el anterior, ya que si no se toman medidas terapéuticas, la cifra de niños con depresión infantil, se elevaría en esta sola muestra a un 43%, lo cual significaría que está a solo el 14% de igualarse a los niños con cuadro depresivo. Esto repercutiendo significativamente en la población infantil de nuestro universo, Institución Plan de Ayutla.

Algunas repercusiones pueden ser, bajo rendimiento infantil o la deserción de la misma, auto agresiones físicas, fugas de casa, actitudes dependientes al alcohol, droga o delincuencia, y en el peor de los casos que se eleve el índice de suicidio en ésta población.

En cuanto a los menores que se encuentran con el 57% de un cuadro no depresivo, pueden lograr una calidad elevada en el ámbito familiar, escolar o social, aspectos que son significativos para un buen desarrollo emocional, cognitivo y personal. Así como llegar a tener logros personales con mayor facilidad y gratificación.

Entre los factores de riesgo que desencadenan un cuadro depresivo, se observó que el de mayor incidencia es la violencia intrafamiliar, siguiendo con el alcoholismo, de uno de los padres de los menores. Aspecto que condiciona desde el punto de vista psicológico, emocional y personal de cualquier individuo que conviva con una persona que presente estas conductas, aun mas en los menores, ya que de acuerdo al Centro de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, existe un deterioro en cuanto a la autoestima y el autoconcepto, lo que se manifiesta en un bajo nivel de competencia y seguridad. También los menores se perciben diferentes, se sienten culpables ya que piensan que el maltrato es merecido, generando angustia, retraimiento, timidez extrema y depresión.

Una parte significativa de la muestra del 23% de niños depresivos, presentan poca energía en el aspecto escolar y en las actividades en el hogar, inseguridad, así como proyectan una baja autoestima y un pobre concepto de si mismos. Lo que provoca que disminuya su capacidad para poder interactuar adecuadamente en el medio que les rodea, provocando actitudes de irritabilidad, agresión, angustia y depresión, así mismo una gran necesidad de afecto por parte de sus padres.

Se pudo detectar en la presente investigación que para los niños es difícil identificar que es lo que les está sucediendo, externalizan una gran preocupación por la muerte, así como deseos de ya no vivir. Muestran un bajo nivel para poder expresar sentimientos de alegría o disfrutar de actividades propias a su edad.

Con lo que de acuerdo a la hipótesis antes expuesta, si existe un factor de riesgo significativo que desencadena Depresión Infantil.

Por lo que en éste apartado se concluye que no se llevaron acciones terapéuticas, únicamente la detección de un cuadro depresivo. Y con el apoyo de la institución Primaria se llevo a cabo la canalización a centros específicos, con el objetivo de una revaloración, atención psicológica y terapia familiar, los cuales fueron los siguientes:

- CIENEGA.
Centro de estudio psicológico y neurológico.
- ILEF
Instituto Superior de Estudios de la Familia.

Los niños canalizados fueron 8, siendo el 5.83% de la muestra total.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Análisis de Resultados

A pesar de los avances que se han generado con respecto al maltrato infantil, y de la ley para la protección de los derechos de los niños y adolescentes, (1999) que ampara a los menores de ser golpeados, humillados y explotados, en la presente investigación, se observa que se han generado otros aspectos, que al final de cuentas resultan agresivos en la vida de los niños, como son la Violencia intrafamiliar, drogas, alcoholismo y la desintegración familiar.

Satir (1991), afirma que la familia, es el núcleo más importante que puede tener el ser humano, ya que se estimula a los menores para la adecuada receptividad de nuevas experiencias, fomentando la iniciativa personal, desarrollando autoestima y un adecuado autoconcepto. Propuesta que en esta investigación, se limita, ya que al observar que existe depresión infantil, se pudiese pensar que en la actualidad no se cumple con el objetivo que debe tener una Familia.

Por otro lado Minuchin, (1983) deja claro que las expectativas de los padres son comprender las diferentes necesidades durante el desarrollo de los niños y poder explicarles las reglas que ellos imponen. Sin embargo la muestra arroja que se deja a un lado estas expectativas por la necesidad de cumplir algunas exigencias de la vida moderna (económicas, sociales y emocionales), impidiendo alcanzar este ideal, brindar una buena calidad de vida a los hijos y en grado extremo repercusiones en la vida emocional, es decir un síndrome depresivo.

Polaino(1985) menciona que el síndrome depresivo tiene la capacidad suficiente para afectar la totalidad del comportamiento. Ciertamente la presente investigación demuestra que se modifica la actitud y respuesta de los menores, ocasionando deterioro emocional, cognitivo y personal,

aspectos que son de total importancia y más si se habla de niños, ya que la etapa de desarrollo en la que se encuentran es vulnerable y en la mayoría de los casos afecta significativamente en el desenvolvimiento de la adolescencia, adultez y vejez, provocando un deterioro en las relaciones interpersonales, sentimiento de vacío y soledad, así como incapacidad para enfrentar exigencias de la vida diaria.

La depresión infantil está rodeada por muchos factores de riesgo, sin embargo la presente investigación se limitó a tres los cuales son Violencia intrafamiliar, Drogadicción y Alcoholismo. Chagoya (1978), y Shum y Conde (1993), revelan que los niños que han sufrido agresión física o verbal refieren graves problemas, que se manifiestan en una detención o un retraso o inclusive, en una regresión de su desarrollo. De acuerdo a los resultados obtenidos en ésta muestra, los menores que padecen depresión, presentan problemas como sensibilidad extrema, humor irritable, conducta agresiva e incluso bajo rendimiento escolar, pero lo que es peor aún es el pensamiento suicida e intento suicida que refirieron los menores.

Los resultados arrojaron que aunque en ocasiones no existe la agresión directa al menores, existen conflictos entre los padres, constantes peleas, por lo que los menores expresan un fuerte sentimiento de inseguridad, siendo afectados directamente en la autoestima, sentimiento de culpa y vergüenza.

En cuanto al alcoholismo, Nápoles (1992), concluye que las personas alcohólicas son incompetentes, evitan responsabilidades, se sienten insatisfechos e inconformes, con un pobre concepto de sí mismos e incluso presentan niveles de depresión clínicamente significativa. De acuerdo a esto se hace referencia en los niños depresivos y en los niños con riesgo a la depresión, ya que al estar en la situación de un padre o madre alcohólicos están propensos primeramente a

imitar el patrón de conducta a una edad mayor, en segundo lugar están carentes de protección seguridad, apoyo y cariño, elementos básicos para el buen desarrollo emocional, personal y psicológico de los menores, así, mismo los resultados arrojan que los niños ubicados con depresión y con riesgo tienen una baja autoestima y un pobre concepto de si mismos.

Por otro lado Cuaron (1988) hace énfasis en como perciben los niños a los padres alcohólicos, coincidiendo, en ésta muestra, que efectivamente los menores perciben a sus padres incomprensibles, abusivos, atemorizantes y sintiéndose niños rechazados.

Así mismo Mattei (1988), habla de que los niños depresivos presentan actitudes regresivas, es decir, presentan conductas de etapas anteriores de su vida en que sus experiencias fueron mas placenteras, lo cual se confirma en ésta investigación ya que los menores depresivos refirieron poder volver a ser bebés para que los cuidaran sus papas, lo cual refleja sentimiento de abandono y regresión, siendo éste el mecanismo de elección de la depresión. Polaino (1985)

En cuanto a los padres drogadictos, también se observa que existe un gran impacto en los hijos, ya que el estado de una persona drogada hace que pierda la realidad, por consiguiente lo limita a ofrecer bienestar y cuidado a los hijos, cuestión que se observa de igual manera en los resultados obtenidos.

Por lo anterior se hace hincapié de que en nuestro país uno de los factores mas significativos para desencadenar depresión infantil es la violencia intrafamiliar, con el 48% de la población aquí descrita. Problema grave, que se ha incrementado con el paso del tiempo, entendiéndose que la violencia intrafamiliar tiene muchas vertientes.

CONCLUSIONES

Conclusiones

La muestra que se eligió fue de niños y niñas en edad escolar de una Institución Primaria gubernamental, en donde se observó, que existe poca información de estudios similares a la presente investigación. Sin embargo los que existen se han aplicado en primarias privadas, lo que impide abrir el panorama para la detección oportuna de depresión infantil, así como la atención y canalización en los casos que sean necesarios.

En esta muestra de “Depresión Infantil en niños de edad escolar”, se observan familias funcionales y disfuncionales, sin embargo no es determinante en los casos de niños deprimidos que se encontraron en esta investigación.

Es importante concluir que es de suma importancia la dinámica familiar que exista en el caso de cada menor de la muestra. Sin embargo no solo la dinámica familiar influye para que los niños presenten cuadros depresivos. La presente investigación encontró que existe una serie de acontecimientos que desencadenan cuadros depresivos, y si se presentan de manera conjunta desencadenan inestabilidad emocional y psicológica en los menores y en algunos casos consecuencias irreversibles.

En cuanto a las variables expuestas, se confirma que uno de los factores incidentes es la violencia intrafamiliar, hecho que marca de manera significativa la actitud y desenvolvimiento funcional de los menores, ya que al presentar problemas de agresión física o verbal, se afecta de manera brutal la autoestima y autoconcepto, procesos que se van limitando y que afectan de manera significativa cuestiones sociales y personales.

Las hipótesis que se plantearon resultan ser meras conjeturas, de las cuales se confirma que si existe un factor de riesgo, pero lo sorprendente es que en el fondo no se esperaba confirmar la hipótesis alterna, ya que al revisar primeramente la literatura, queda claro que en la actualidad existe mayor protección, cuidado y respeto a los niños, sin embargo, dadas las exigencias de la vida diaria, se presentan situaciones que quedan fuera del alcance de la autoridades o de los propios padres, refiriéndome a las exigencias de la vida, a los problemas económicos y culturales de nuestro país. Nuestra cultura va mucho en cuestión al festejo, a la libre adquisición de estupefacientes y a la corrupción, por lo que frecuentemente la ley no se aplica adecuadamente.

Haciendo énfasis en los factores de riesgo, es importante mencionar que desde el enfoque conductista, existe un patrón llamado modelo, lo que significa que estos niños en dadas circunstancias pueden seguir este patrón y llegar a la vida adulta con serios problemas de conducta, adaptación y bienestar personal.

Por lo anterior, se hace mención de cuan importante es detectar factores de riesgo apoyándose y aplicando una batería de pruebas psicológicas con el fin de una detección oportuna en el desarrollo evolutivo desde el punto de vista biopsicosocial y que probablemente pueden ayudar a enfrentar situaciones conflictivas en la edad adulta. Sin embargo, es indispensable mencionar que, por desgracia, esta clase de investigación queda fuera del alcance de muchos menores, ya que por necesidades económicas de nuestro país, la Secretaria de Educación Publica cuenta con un bajo presupuesto para lograr que se lleve a cabo un análisis en todas o casi todas las primarias gubernamentales. Siendo posible lo contrario, seria de gran ayuda tanto a los padres, escuelas y lo más importante a los propios menores, cuestión que puede disminuir el índice de suicidio en nuestro país.

Por otro lado, se plantea que una oportuna detección de un cuadro depresivo y una adecuada atención psicológica, puede prevenir problemas escolares, personales y familiares.

En cuanto a los académicos, de la Institución primaria con los que trabajo, es importante mencionar que proporcionaron todo el apoyo para realizar éste trabajo, sin embargo manifestaron tener poca información acerca de depresión infantil, limitante, que de lo contrario pudiese ser de gran utilidad para los menores.

Sugerencias

Se sugiere que los niños que se encuentra con un cuadro depresivo y que fueron canalizados, tengan un seguimiento, así como el apoyo por parte de sus padres y profesores.

El apoyo por parte de los padres, puede brindarse en primera instancia al informarse de lo que es depresión infantil, en segundo lugar asistiendo a talleres o pláticas que pueda proporcionar la Institución primaria, así como la asistencia ininterrumpida a las terapias psicológicas que sean requeridas por parte de los profesionales de la Salud Mental

Tomando en cuenta que existe un problema económico en nuestro país, se sugiere a los padres de familia que tengan que asistir a una Institución de Atención Psicológica, que recurran al área de Servicio Social, en donde se les puede llevar a cabo un estudio socioeconómico, y reducir el costo de la atención psicológica.

El asistir a una Institución especializada proporciona grandes beneficios, a los menores, padres, familiares y profesores, así como también les brinda la revaloración con el fin de monitorear el avance que obtienen los menores.

El hecho de identificar depresión infantil, no solo limita la atención psicológica a los menores, sino también es importante sensibilizar a los padres de familia, que en el caso necesario también ellos asistan a algún tipo de terapia, ya sea familiar o de pareja, con el fin de tener un mejor manejo en el tratamiento de este trastorno emocional.

Por consiguiente los niños que se encuentran fuera de presentar un cuadro depresivo, también se sugiere a los padres de familia, que asistan a los talleres o pláticas con el fin de que se informen de los rasgos que presenta un niño con depresión infantil.

Con respecto a la Institución primaria es importante sugerir que con el apoyo de se equipo pedagógico, realicen actividades con los niños en cuanto a integración de grupos, actividades que los lleven a tener iniciativa propia, seguridad, manejo de control de impulsos, integración social, respeto por sus compañeros, padres o profesores y crear gratificaciones en cuanto al rendimiento escolar.

A la Institución primaria se le sugiere que con el apoyo de su equipo pedagógico, se le brinde información suficiente al personal académico, con el fin de identificar problemas de depresión infantil y en determinado momento evitar que se etiqüete a los niños de forma arbitraria.

Concluyendo que a pesar de que se logró el objetivo de la presente investigación, cabe señalar que los resultados no se extrapolan a todos los casos de cuadro depresivo, por lo que en lo sucesivo se podrían realizar mas investigaciones desde el punto de vista multidisciplinario (psicólogos, médicos, psiquiatras, pedagogos, etc) con el fin de identificar el factor hereditario en la depresión infantil.

Así mismo, realizar en lo sucesivo más investigaciones al respecto, enfocándose a los diferentes niveles de vida en nuestro país, ya que así como en esta muestra existen factores de riesgo de violencia intrafamiliar, alcoholismo y drogadicción. En otros estatus se pueden dar otros factores que provoquen depresión infantil.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra .J. (1983) Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Manson.

Andrade, P y Pick, S. (1986) Una escala de autoconcepto para niños. La psicología social en México, 3pp. 517-522

Anon A. (1981), Viviendo con un Alcohólico Central Mexicana de Servicios Generales, México.

Asociación Psiquiátrica Americana (2003) Manual Diagnostico y estadístico de las enfermedades Mentales (DSM-IV), Barcelona: Masson

Avellanosa, I. (1988) Depresión. Superarla de una vez por todas. España Interamericana.

Avilés , C.G. (1989) Depresión en la infancia y adaptación al medio escolar, familiar y social. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM, México

Barbosa, F.A.B. (1998). Como afecta en los niños la agresión Intrafamiliar. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Barrio Victoria del, (1997), Depresión infantil, Barcelona, Ariel S.A.

Becerril C.R.S, (1989), Estudio Epidemiológico Descriptivo de las Características y síntomas de la Depresión en una Población Infantil, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Bender L. (1998), Test Gestaltico vasomotor, Edit. Paidos, México

Cantwell D, (1987), Trastornos afectivos en la Infancia y la Adolescencia Edit Aries, Barcelona.

Berkowitz, L. (1996). *Agresión: Causas, consecuencias y control*. España: Desclee de Brouwer, Cap. 1,2 y 8.

Black, Claudia. (1991) *It will never happen to me*. M.A.C. Printing and Publication Divition.

Boom, M. (1989) *Un proceso de recuperación de Depresión Anaclítica Grave*, México, Tesis de Maestría Clínica, U.N.A.M.

Buck John N. (1995) *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H T P*, Manual Moderno, México

Calderón, G. (1996) *Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento*, México: Trillas.

Calderón, G. (1998). *Depresión: Sufrimiento y liberación*, México: Edamex.

Centros de Integración Juvenil A.C. (2004). *Drogas, las cien preguntas mas frecuentes*. México

Cockenber, S y Forgays, D. (1996). The role of emotion in children`s understanding and emotional reactions to marital conflict. *Merril-Palmer Quartely*, 42 (1), pp. 22-47

Código Penal. *Ley de los Derechos de las niñas y Niños en el Distrito Federal*, 1999.

Cofer C. Appley M.H. (1976) *Psicología de la Motivación*, México, Trillas

Conadic (1994) *Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones*, México.

Conadic (1999) *Construye tu vida sin adicciones: manual del facilitador, población, objetivo: adultos*, México, SSA-Conadic

Condermarin, M. y Chadwick, M. (1989). *Madurez Escolar*. Madrid: CEPE, pp. 13-18, 45 y 52

Conrado E, (1996). *Violencia y Estructuras*, Edit. Búsqueda, Avellaneda, Argentina

Conway, J.P. (1981) Significant others, need help too. Focus on alcohol and drugs issues. Vol 4

Coopersmith S. (1967). *The antecedents of self esteem*. W.H. Freeman and Company. San Francisco

Corsi, J. (1994) *Violencia Familiar: Una mirada Intradisciplinaria sobre un grave problema social*. México Paidós. Caps. 1,2 y 3.

Corsi, J., Domen, M., Sotès, M. I Bonino, L. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Argentina: Paidós, 19-23

COVAC-UNICEF (Edit.). (1994-1995). *Manual sobre maltrato y abuso sexual a los niños: Aspectos psicológicos, sociales y legales*. Mexico

Cruz J; Morales M; Ramírez O. (1996) *Cuestionario de depresión para niños, adaptación mexicana*, México: Facultad de Psicología, UNAM

Culp, R., Little, V., Letts, D. y Lawrence, H. (1991). *Maltreated children's selfconcept: Effects of a comprehensive treatment program*. American Journal of Orthopsychiatry, 61(1), pp. 114-121

Cummings, E.M. (1987). *Doping with background anger in early childhood*. Child Development, 58, pp. 976-984

Cummings, E.M., Ballart, M., El Sheikh, M. y Lake, M. (1991). Resolution and children's responses to interadult anger. *Development Psychology*, 27(3), pp. 462-470

Cummings, e. M., Iannotti, R.J. I Zahn Waxler, C. (1985). Influence on conflict between adult behavior as fuction of marital distress and history of interparent hostility. *Child Development*, 60, pp. 1035-1043.

Cusinato, M. (1992) *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona; Herder.

Chagoya, L. (1978). Formas de agresión al niño en la familia. En Marcovich, J. (1978). *El maltrato a los hijos: El mas oculto y menos controlado de todos los crímenes violentos*. Mexico: Edicol, pp. 103-110

De la Fuente, R. (1968). Fuentes y direcciones de la agresividad. *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, 8(Enero-Abril), pp.3-18.

DeMause,L. (1982) *La evolución de la infancia*. En L. DeMause Edit *Historia de la Infancia* (pp. 15-92). Madrid: Alianza Universidad (Orig.:1974

Díaz M., Mújica; (1974) *Estudio Caracterológico en un grupo de Familias Mexicanas*, México, Tesis Maestría Clínica, U.N.A.M.

Dirección General de Atención a Víctimas de Delitos de la PGJDF. (1997). *Violencia sexual e intrafamiliar: Modelos de atención*. México, pp.141.

Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud (Edit). (1995). *Maltrato infantil: Prevención, diagnostico e intervención desde el ámbito sanitario*. Documentos Técnicos de Salud Publica, 22, Madrid.

Fabre A. (1997) *Psicoanálisis Infantil y Clínica*, Buenos Aires , Paidós

Fayne E., Heredia C., Lucio H. (1999) Psicodiagnóstico clínico del niño. Manual Moderno, México

Fergusson, D.M. Y Harwood, L.J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 22(5), pp. 339-357.

Fromm, e., Horkheimer, M. et al. (1986) *La Familia*, Barcelona: Ediciones

Fromm E. (1981) *El arte de Amar*, Buenos Aires, Paidós

García, B. Olvera, C. (1986). Estudio piloto sobre maduración en niños de preescolar de nivel socioeconómico bajo. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM, México.

González, G., Azola, E., Duarte, M. y Lemus, J. (1993). El maltrato y el abuso sexual a menores. Una aproximación de estos fenómenos en México. México: Casa abierta al tiempo, UNICEF-COVAC, pp 13-42.

González M., (1999) Investigación de la depresión en niños con figuras paternas presentes y ausentes México: Tesis U.N.A.M

Guerrero L. (1997) *Psicopatología asociada a la etapa escolar*, Publicaciones Facultad de Psicología, UNAM

Gutiérrez Alanis Ma. Teresa, (1992). Estudio de la Prevalencia de la depresión infantil en un colegio particular para instrucción primaria en la Ciudad de México", Tesis, México D.F.

Hart, S.N. (1982) *The history of children's psychological sights. Viewpoints in teaching and learning*

Hart, S.N. (1991). From property to person status: Historical perspectiva on children`s rights. American Psychologist

Herzberger, S., Potts, D. y Dillon, M. (1981). Abisive and nonabusive parental treatment from the child`s perspective. Journal of consulting and Clinical Psychology.

Hidalgo, S. (1998) La depresión desde diferentes perspectivas teóricas. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM, México

Hoffman,L. (1995). Psicología del Desarrollo Hoy, Volumen I. Edit. Mc Graw-Hill, Madrid

Hurlock, E. (1978). Desarrollo psicológico del niño. México: Mc Graw-Hill, Cap 14

Jiménez Hernández Manuel (1997). Psicopatología Infantil Edit. Aljibe, Archidona Malaga

Kempe, H. y Kempe, R. (1979). Niños Maltratados. Madrid: Morata, caps 2 y 3.

Koppitz, E. (1973) Dibujo de la Figura humana en los niños. México: Pedagógica.

M. Lang y M Tisher (2000) Cuestionario de Depresión para Niños CDS, Madrid

Malinosky-Rummell, R. Hansen, D. (1993). The long – term consequences of childhood physical abuse. Psychological Bulletin, 114(1), pp. 68-79

Mattei Gentili P. (1988) Mecanismos de defensa y ansiedad en hijos de padres alcohólicos y no alcohólicos evaluados con CAT-H. Tesis Universidad Intercontinental

Minuchin, S., Averswald, E., King, C. y Rabinowitz, C. (1964). The study of families that produce multiple acting-out boys. American Journal of Orthopsychiatric, 34, pp. 125-130

Minuchin, S. Y Cols (1998) El arte de la Terapia Familiar. México, Paidós

Minuchin, S. Y Cols. (1979) Familias Y Terapia Familiar, Barcelona, Gedisa

Molina V. (1982). El alcoholismo en México. Fundación de investigaciones Sociales. A.C. México

Moreno, M.; J (1995) Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma andaluza. Infancia y Aprendizaje, 71,33-49

Mussen, p. (1990). Desarrollo de la personalidad del niño. México: Trillas.

Myers, D. (1995). Psicología social. México: Mc Graw-Hill, cap.11.

Nápoles Muñoz, A. (1992) Posibles causas psicológicas y sociales en el desarrollo del alcoholismo. Tesis, México UNAM-IMSS

Olmedo, J. (1997). Violencia intrafamiliar: Un asunto de interés público. En Compilación de la lucha contra la violencia hacia la mujer: Legislaciones políticas, publicas y compromisos de México. México: UNICEF, pp. 45-48

Oñate, M.P. (1989). El autoconcepto-: Formación, media e implicaciones en la personalidad. Madrid: Nancea, pp. 13-26, 34-50 y 101-105.

Orengo, F. (1994). Consecuencias psicopatológicas del maltrato y abuso infantil: Sobre la génesis del trastorno de la personalidad múltiple. Psiquis, 15(2), pp. 43-49

Oyosa J.L. (1997). Depresión Visión Actual, Edit. Princeps, Madrid España.

Papalia Diane E. (1997). Desarrollo Humano, Edit. McGraw-Hill, Sandafe de Bogota, D.C., Colombia.

Pappoport, L. (1986). La personalidad desde los 6 a los 12 años: El niño escolar. España: Paidós, Psicología educativa. Pp. 12-44.

Pichot, P. (1980) Los test mentales. Buenos Aires: Paidós

Polaino L. (1985). La Depresión, Edit. Martínez Roca, Gran Vía Barcelona

Polaino L. (1988). Las Depresiones Infantiles, Edit Morata, Madrid

Quiróz Cuarón (1960) Alcoholismo y criminalidad. México, revista criminalia.

Ramírez Santiago (1984) Infancia es destino. Siglo XXI Editores México

Reyes, C.L. (1997). La Desintegración Familiar y el Maltrato infantil desde la perspectiva de la niñez en riesgo. Guatemala: Pornice, Cap. 1.

Rodríguez, S. y Vega, M. (1995-1997) El maltrato infantil como una de las formas que adopta la violencia intrafamiliar. México: PGJDF

Rosovsky Tuchsnaider, Haidee. (1982) Alcoholismo y problemas relacionados con el consumo del alcohol en México: Consideraciones metodológicas en su estudio y algunos resultados. Tesis, México, UNAM

Salud y Ciencia (Edit.). (1995) Niños afectados por presenciar actos de violencia. Demor: Carta Demográfica sobre México, i, pp. 52-54

Sampieri R.H. (2003) Metodología de la Investigación, Edit. Mc Graw Hill, México D.F.

Sanz D (1999). Violencia y Abuso, Edit Lumen/Manitas, Argentina

SatirV., (1991) Nuevas relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, México Pax.

Shum, G. y Conde, A. (1993) El desarrollo del lenguaje en un caso de carencias afectivas graves en la primera infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 63, pp. 95-109

Solloa G. (2001) *Los trastornos psicológicos en el niño*. Trillas, México

Spitz, R.A. y Wolf, K.M. (1946). *Analytic Depression: II. Psychoanalytic Study of the child*, 2,313-347

Steinglass Peter. (1981) The impact of alcoholism on the family relationship, between degree of alcoholism and psychiatric symptomatology. En *Journal of Studies on Alcohol*. Vol 42(3)

Subby, Robert & Friel, John. (1984) *Codependency: A paradoxical Dependency*, en *Codependency and emerging Issue*. Hollywood. F.C.

Wallace, John (1990) *El alcoholismo como enfermedad. Nuevos enfoques*. México Trillas

Diccionarios:

Diccionario enciclopédico ASURI(1993), vols. 1,3,4,10, Madrid, ASURI

Diccionario enciclopédico SALVAT (1995), Universitas, Salvat

Reber, A., *Dictionary of Psychology* (1995), Inglaterra Penguin Books

ANEXOS

Cuadro 1. Rasgos generales del dibujo H T P

Rasgos	Niños pequeños	Niños mayores
Ubicación central	Autodirección (Levy,1950)	Idem
Ubicación inferior	Posible neurosis (DiLeo,1973)	Idem
Presión muy débil	Bajo nivel de energía, personalidad inhibida	Idem
Sombreado excesivo	Problemas de adaptación (Koppitz, 1964)	Idem
Detalles extravagantes	Personalidad Gravemente desorganizada (DiLeo,1973)	Idem
Distorsiones notorias	Desadaptacion y bajo rendimiento escolar (Koppitz,1966)	Idem
Asimetría marcada	Agresión abierta, posible organicidad (Koppitz,1968)	Idem
Transparencias		Inmadurez, problemas de adaptación (Hiler y Nesvig, 1965)

Nota. Niños pequeños ≤ 8 años; Niños mayores: 9 a 12 años.

Cuadro 2. Rasgos del dibujo de la casa

Rasgos	Niños pequeños	Niños mayores
Ausencia de ventanas, muro, techo y chimenea		Deterioro intelectual y/o deterioro emocional grave (Beck, 1965; Back, 1948)

Nota. Niños pequeños ≤ 8 años; Niños mayores: 9 a 12 años.

Cuadro 3. Rasgos del dibujo del árbol

Rasgos	Niños pequeños	Niños mayores
Detalles esenciales: tronco y una rama		Ausencia: inteligencia promedio (Back, 1948; Jolles, 1964)
Manzanos	Necesidad de dependencia, si están en el suelo, sentimientos de rechazo (Back, 1966)	Posible inmadurez o regresión (Fückada, 1969)
Arboles grandes	Desafío de la autoridad	Idem

Nota. Niños pequeños ≤ 8 años; Niños mayores: 9 a 12 años.

Cuadro 4. Rasgos del dibujo de la persona (continuación H T P)

Rasgos	Niños pequeños	Niños mayores
Cabeza inusualmente grande		Agresividad y pensamiento expansivo, ego inflado, sobrevaloración de la inteligencia, fantasía (Urban, 1963)
Cabeza inusualmente pequeña	Problemas de adaptación (DiLeo, 1970)	Idem
Rasgos faciales omitidos	Mala adaptación, posible obsesividad (Koppitz, 1966)	Idem
Ojos omitidos	Poca adaptación, pensamiento obsesivo, ansiedad y/o depresión (Schildkrout et al., 1972)	Personalidad inefectiva, subdiscriminación (Gurvitz, 1951)
Ojos cerrados		Perturbación emocional (Koppitz, 1968)
Nariz omitida	Timidez, aislamiento (Koppitz, 1963)	
Boca acentuada	Dependencia normal e inmadurez (Urban, 1963)	Idem
Boca omitida	Posibles obsesiones y ansiedad (Haworth, 1962) Timidez, síndrome depresivo de aislamiento (Koppitz, 1968)	Idem
Cuello omitido	Poca adaptación (Mundy, 1972)	
Omisión de partes importantes del cuerpo		Perturbación psicológica grave, (Back, 1948)
Asimetría corporal	Agresión o daño corporal (Gurvitz, 1951)	Idem
Omisión del tronco		Escasa adaptación, y bajo rendimiento escolar (Koppitz, 1968)
Genitales presentes	Agresión abierta y patología grave (DiLeo, 1973; Koppitz, 1968)	Idem
Brazos cortos	Escasa adaptación (Koppitz 1968)	Idem
Menos de 5 dedos	Organicidad (Koppitz 1968)	Idem
Más de 5 dedos	Organicidad (Koppitz 1968)	
Piernas juntas	Posible perturbación emocional (Koppitz 1968)	Idem

Posición inclinada	Posible impulsividad, agresión, organicidad y ejecución pobre Koppitz (1968)	Idem
Fig. deshumanizadas, monstruos o mecánicas	Inmadurez, sentimientos de despersonalización (DiLeo, 1973)	

Nota: Las pruebas subjetivas, dan información del funcionamiento del paciente dentro del contexto en el que se está desarrollando.

Es importante señalar que los detalles pueden ser interpretados de forma conjunta o de manera aislada, esto depende del caso y de la revisión de toda la batería aplicada.

Cuadro I. Rasgos del dibujo de la Familia

Corman	Font
Plano gráfico: Fuerza trazo, amplitud, ritmo, sector de la pagina	Características grales: Tamaño, emplazamiento, sombreado, borraduras, distancia entre personajes.
Plano de estructuras formales: Tipo sensorial, racional	Valorización: Personaje dibujado en primer o último lugar, aumento de tamaño, supresión de algún miembro de la familia, omisión de las manos, rasgos faciales, adición de otras personas,
	Componentes jerárquicos: Bloque parental, rivalidad o vínculos afectivos fuertes, jerarquía de los hermanos, borraduras, tamaño, sombreado.
	Jerarquía familiar: desvalorización o valorización.

Detalles Irrelevantes.- Implican ligera inseguridad básica, o la necesidad de estructurar la situación de forma más segura.

Detalles adecuados.- Habilidad para reconocer los elementos de la vida diaria y usarlos convencionalmente, así como apreciar críticamente los elementos de la realidad en general. Existe la habilidad en la solución de los problemas básicos, concretos e inmediatos de la vida cotidiana.

Elementos 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 que 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 muy 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 mí 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 la paso bien en el colegio
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida
35. La mayoría del tiempo pienso 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 orgullosos 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 siento 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 mi 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 interesantes
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

ENCUESTA PARA PADRES DE FAMILIA

Fecha _____

Nombre del niño _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____

Escolaridad _____

Escuela _____

Embarazo Deseado Si No

Porque _____

Embarazo: Normal Prematuro

Si hubo complicaciones en el parto mencione cuales _____

Parto: Cesara Natural

Como lo vivió la madre _____

Hubo partición del padre, como fue _____

Que actitud tiene el niño con respecto a su alimentación _____

Que alimentos rechaza _____

Cuando el niño no quiere comer que actitud toman ustedes _____

Quiénes viven en la casa _____

Esta usted encargado/a de comprar el mandado o necesita de su pareja para ir a hacer el súper
como _____

Su pareja respeta sus ideas, deseos o necesidades en el hogar _____

Se ha sentido en alguna ocasión amenazada/o por parte de su pareja con tan solo la
mirada _____ como _____

Existe en el hogar alguna situación que le haga sentir miedo? _____

Cual? _____

Que presión considera que es la más significativa en el hogar, por parte de su pareja _____

Y porque? _____

En su familia se han presentado enfermedades como:

Cáncer Si No Quien _____

Diabetes Si No Quien _____

Presión Arterial Si No Quien _____

Otro, especifique _____

Existen problemas con algún miembro de su familia con respecto a:

Alcoholismo Si No Quien _____

Drogadicción Si No Quien _____

Golpes, Insultos, maltrato Si No Quien _____

Otro, especifique _____

Existen problemas con algún miembro de su familia con respecto a:

Alcoholismo Si No Quien _____

Drogadicción Si No Quien _____

Golpes, Insultos, maltrato Si No Quien _____

Otro, especifique _____

Tiene problemas para que su hijo asista a la escuela si, no, cual. _____

Como considera que es la relación de su hijo/a con sus compañeros en la escuela _____

Como se llama su mejor amigo/a de su hijo/a? _____

Que rendimiento escolar tiene su hijo _____

Quien le revisa las tareas al niño/a _____

Como reaccionan Ustedes cuando su hijo lleva malas notas _____

Cuales son las actividades de su hijo/a, por las tardes _____

Que juegos y que juguetes prefiere _____

En su casa juega solo o con otros niños _____

Con que adulto de la casa tiene mejor relación el niño _____

Quien se encarga de la disciplina del niño y como lo lleva a cabo _____

Cuando juegan ustedes con su hijo/a como lo hacen y a que juegan _____

Cuando el niño o /a se porta mal como es reprendido y por quien _____

Como se premian sus buenos actos o actitudes del niño o niña _____

En que situaciones presenta llanto excesivo el niño _____

De que manera son los enojos del niño/a y en que situaciones _____

Alguna vez los han llamado de la escuela de su hija/o porque y como se soluciono _____

Cuales son las diversiones familiares mas frecuentes que realizan ustedes con el niño/a _____

Como es la comunicación familiar con el niño _____

Como manejan los conflictos familiares delante del niño/a _____

Cuales son las situaciones mas frecuentes que provocan más conflicto entre ustedes _____

Que tiempo pasa el niño/a con Ustedes _____

Con quien de los padres cree que tenga mayor identificación el niño y por que _____

Que muerte de algún familiar cercano ha tenido el niño/a _____

Que reacción tuvo _____

El niño/a, padece alguna enfermedad crónica, cual _____

Como afronta su hijo esta enfermedad _____

Como afrontan esta situación de su hijo/a _____

Comentarios _____

¡Gracias por su participación!

De la encuesta para padres de familia se tomaron aspectos significativos como apoyo exploratorio, al CDS, y pruebas proyectivas, para determinar factores de riesgo.

Área Familiar

1. Embarazo deseado
2. Miembros que integran la familia
3. Diversiones familiares mas frecuentes que realiza la familia

Área Social del menor

1. Relación del menor con sus compañeros de la escuela
2. Actividades del menor en su tiempo libre
3. Miembro de la familia con quien el menor tiene mayor identificación

Área Escolar

1. Rendimiento escolar del menor
2. Citatorios hacia los padres, por parte de la Institución primaria por alguna razón de conducta del menor
3. Supervisión de las tareas que realiza el menor por parte de sus padres.

Área Emocional

1. Forma de reprender al menor en caso de inadecuada conducta
2. Situaciones en las que presenta llanto excesivo
3. Magnitud de los enojos que presenta el menor

Factores de Riesgo (Gráfica 9, Anexo 1)

Alcoholismo

Drogadicción

Violencia intrafamiliar

1. Participación del padre en el parto
2. Respeto entre los padres
3. Amenazas o algún tipo de presión por parte de la pareja
4. Situaciones de miedo en el hogar
5. Manejo de conflictos

Factores de riesgo otros

Divorcio

Muerte

Encarcelamiento

1. Enfermedades hereditarias
2. Problemas congénitos
3. Enfermedades crónicas

N.º 122

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

	++	+	+/-	-	--
1...	<input type="radio"/>				
2...	<input type="radio"/>				
3...	<input type="radio"/>				
4...	<input type="radio"/>				
5...	<input type="radio"/>				
6...	<input type="radio"/>				
7...	<input type="radio"/>				
8...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
33...	<input type="radio"/>				
34...	<input type="radio"/>				
35...	<input type="radio"/>				
36...	<input type="radio"/>				
37...	<input type="radio"/>				
38...	<input type="radio"/>				
39...	<input type="radio"/>				
40...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
9...	<input type="radio"/>				
10...	<input type="radio"/>				
11...	<input type="radio"/>				
12...	<input type="radio"/>				
13...	<input type="radio"/>				
14...	<input type="radio"/>				
15...	<input type="radio"/>				
16...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
41...	<input type="radio"/>				
42...	<input type="radio"/>				
43...	<input type="radio"/>				
44...	<input type="radio"/>				
45...	<input type="radio"/>				
46...	<input type="radio"/>				
47...	<input type="radio"/>				
48...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
17...	<input type="radio"/>				
18...	<input type="radio"/>				
19...	<input type="radio"/>				
20...	<input type="radio"/>				
21...	<input type="radio"/>				
22...	<input type="radio"/>				
23...	<input type="radio"/>				
24...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
49...	<input type="radio"/>				
50...	<input type="radio"/>				
51...	<input type="radio"/>				
52...	<input type="radio"/>				
53...	<input type="radio"/>				
54...	<input type="radio"/>				
55...	<input type="radio"/>				
56...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
25...	<input type="radio"/>				
26...	<input type="radio"/>				
27...	<input type="radio"/>				
28...	<input type="radio"/>				
29...	<input type="radio"/>				
30...	<input type="radio"/>				
31...	<input type="radio"/>				
32...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
57...	<input type="radio"/>				
58...	<input type="radio"/>				
59...	<input type="radio"/>				
60...	<input type="radio"/>				
61...	<input type="radio"/>				
62...	<input type="radio"/>				
63...	<input type="radio"/>				
64...	<input type="radio"/>				
65...	<input type="radio"/>				
66...	<input type="radio"/>				

PD

AA

RA

PS

AE

PK

SC

IV

PV

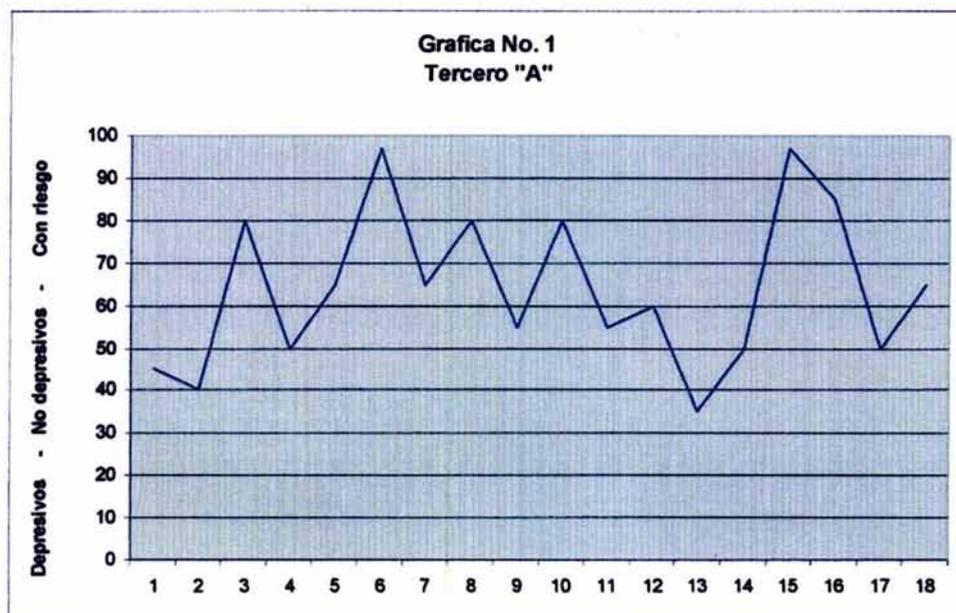
TI

TD



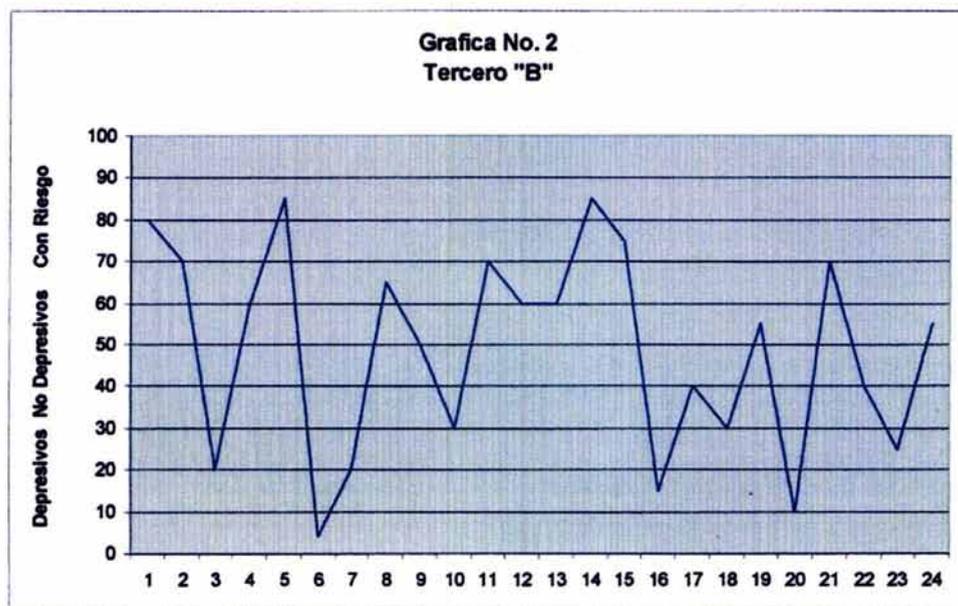
EDITORIAL MEDICINA Y SALUD S.A.
 Calle nº 10 de San Sebastián, 1.º - Barrio de San Sebastián - 41011 San Sebastián, S.A. (Sevilla)
 Teléfono de España: 34 95466 94542 - Páginas de fax: 34 954 66 94543

ANEXO 1



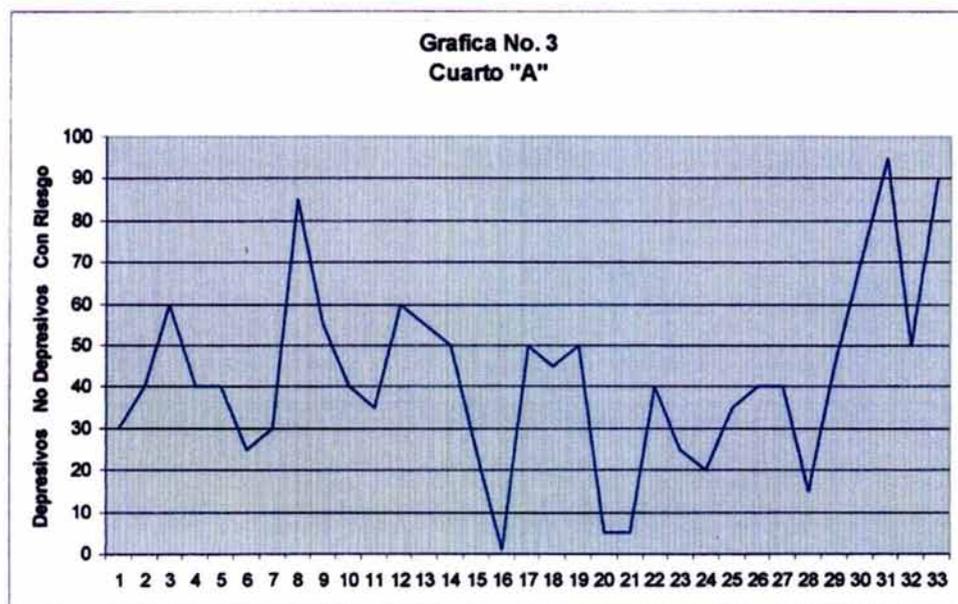
GRAFICA No. 1 Se observan los resultados del grupo 3-"A" en cuanto a la muestra total de diez y ocho niños en la cual no existe cuadro depresivo en ellos. Únicamente existen seis menores con riesgo de presentar Depresión Infantil.

ANEXO 2



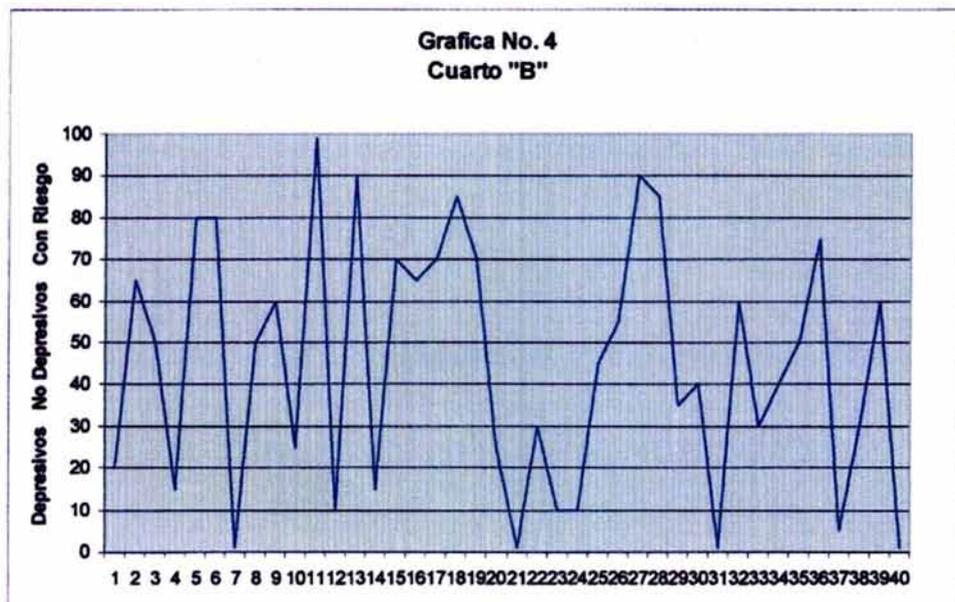
GRAFICA No. 2 Se observan los resultados del grupo 3-"B" en cuanto a la muestra total de veinticuatro niños, seis se ubican con un cuadro depresivo, catorce no presentan Depresión Infantil y cuatro tienen riesgo de presentar el cuadro depresivo

ANEXO 3



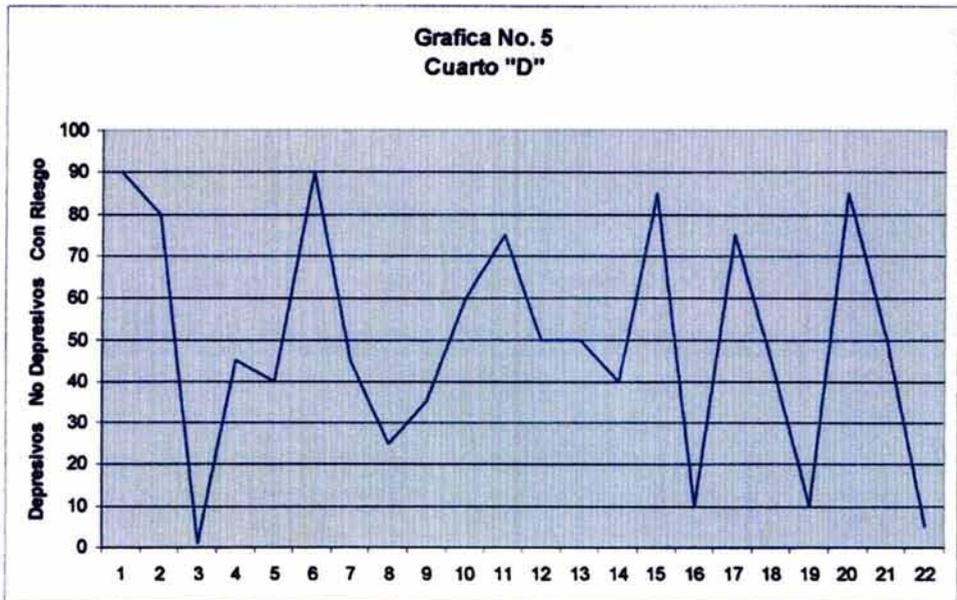
GRAFICA No. 3 Se observan los resultados del grupo 4-"A" en cuanto a la muestra total de treinta y tres niños, en la cual ocho presenta un cuadro depresivo, veintidós no presentan Depresión Infantil y tres tienen riesgo de presentar un cuadro depresivo.

ANEXO 4



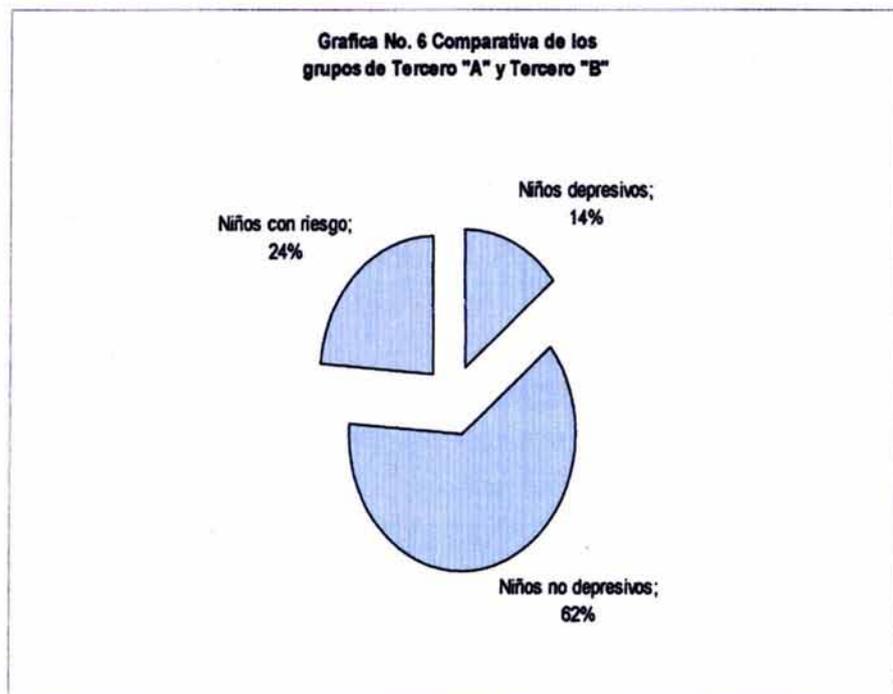
GRAFICA No. 4 Se observan los resultados del grupo 4-"B" en cuanto a la muestra total de cuarenta niños, en la cual trece presenta un cuadro depresivo, diecinueve no presentan Depresión Infantil y ocho tienen riesgo de presentar un cuadro depresivo.

ANEXO 5



GRAFICA No. 5 Se observan los resultados del grupo 4-"D" en cuanto a la muestra total de veintidós niños, en la cual cinco presenta un cuadro depresivo, cinco no presentan Depresión Infantil y siete tienen riesgo de presentar un cuadro depresivo.

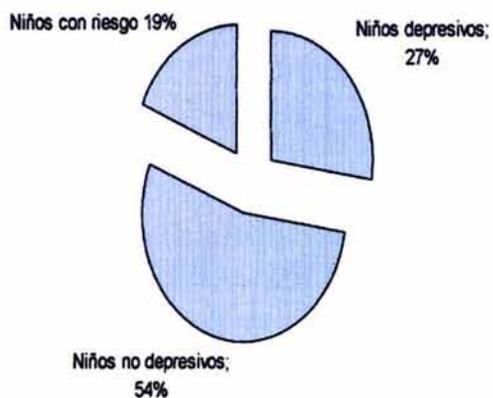
ANEXO 6



GRAFICA No. 6 Como se observa, del 100% de la muestra, el 62% afortunadamente esta en la categoría de no depresivos, el 24% son niños y niñas con riesgo y solo el 14% esta en la escala de depresión.

ANEXO 7

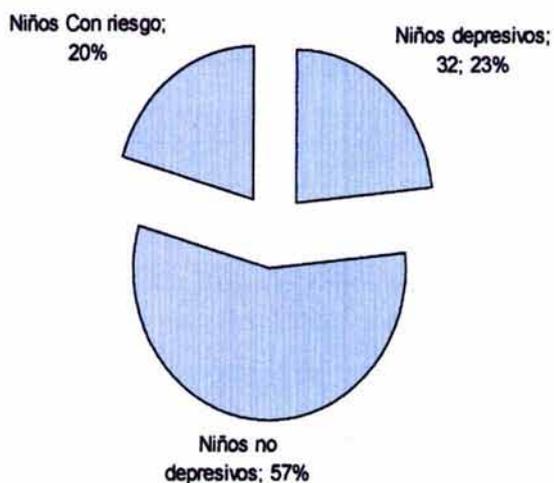
Grafica No. 7 Muestra total de los grupos de Cuarto "A", Cuarto "B" y Cuarto "D"



GRAFICA No. 7 Como se observa, del 100% de la muestra, el 54% afortunadamente esta en la categoría de no depresivos, el 19% son niños y niñas con riesgo y solo el 27% esta en la escala de depresión.

ANEXO 8

Grafica 8 Muestra total de los 137 niños participantes



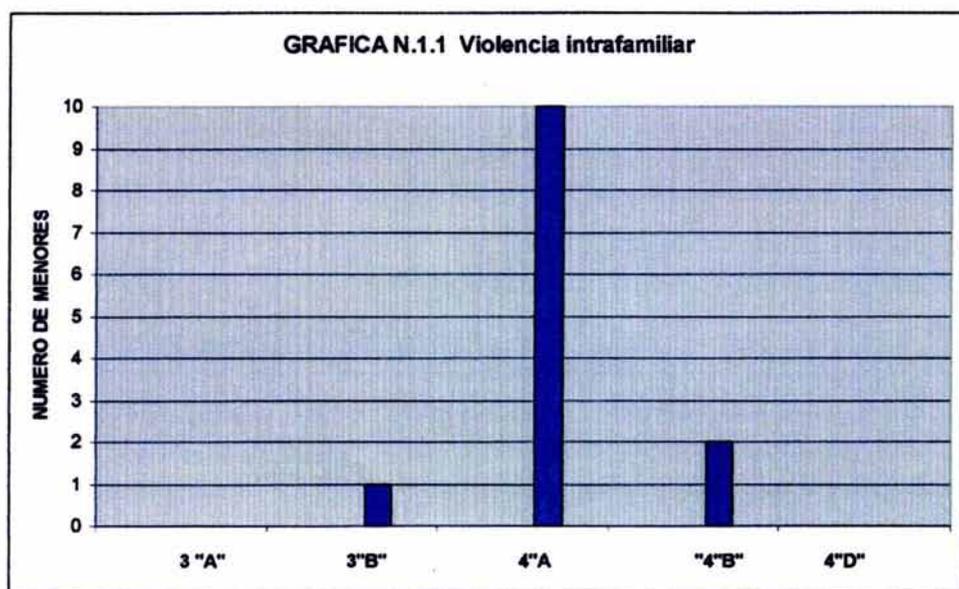
GRAFICA No. 8 En esta grafica se observa que no es importante la edad ni el sexo en los menores, para desencadenar depresión Infantil. Como se observa del 100% de la muestra, el 57% afortunadamente esta en la categoría de no depresivos, el 20 % con riesgo y el 23% esta en la escala de depresión.

ANEXO 9



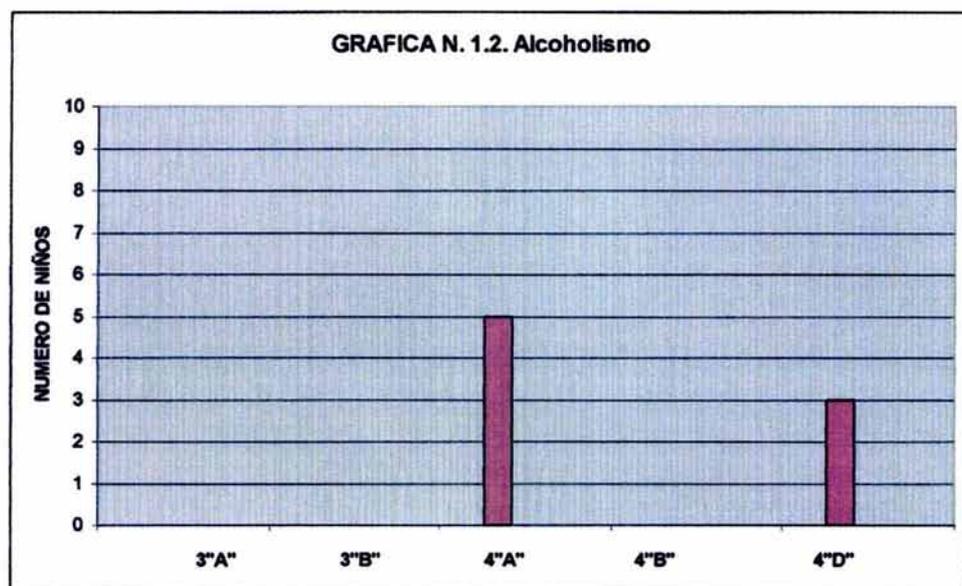
GRAFICA No. 9 Dentro de los factores de riesgo que se encontraron el de mayor incidencia es la Violencia intrafamiliar con el 48%, Alcoholismo 30% y Drogadicción 7% y otros con un 15%.

ANEXO 10



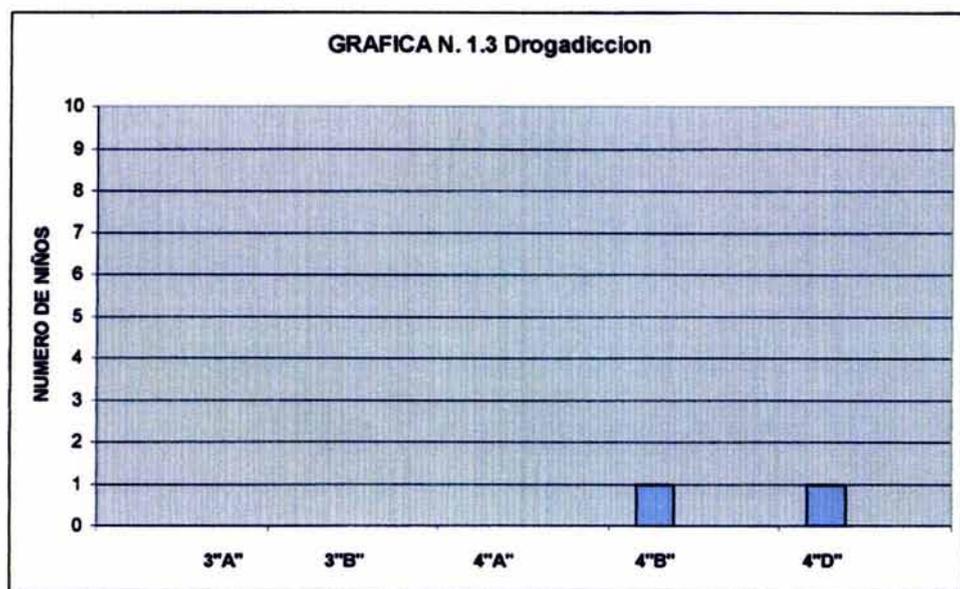
GRAFICA No. 1.1 En ésta gráfica se observa cuantos niños refirieron Violencia intrafamiliar, de los cuales se desglosa por cada grupo muestra de acuerdo a la codificación correspondiente. 3"B" con un niño, 4"A" con 10 niños y 4"B" con 2 niños.

ANEXO 11



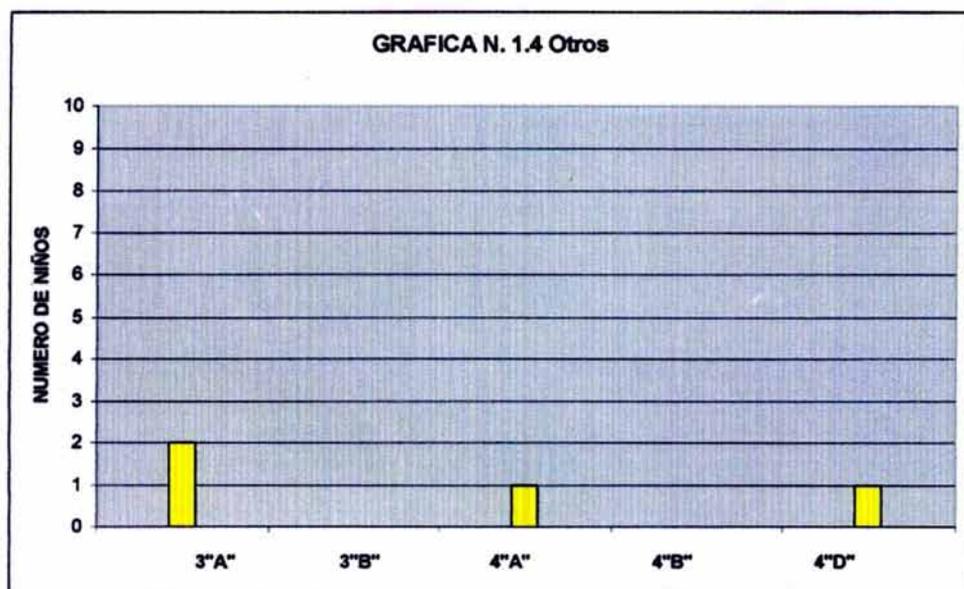
GRAFICA No. 1.2 En ésta gráfica se observa cuantos niños refirieron Problemas de Alcoholismo en su hogar, de los cuales se desglosa por cada grupo muestra de acuerdo a la codificación correspondiente. 4"A" con cinco niños y 4"D" con 3 niños.

ANEXO 12



GRAFICA No. 1.3 En ésta gráfica se observa cuantos niños refirieron Problemas de drogadicción en su hogar, de los cuales se desglosa por cada grupo muestra de acuerdo a la codificación correspondiente. 4"B" con un niño y 4"D" con un niño.

ANEXO 13



GRAFICA No. 1.4 En ésta gráfica se observa cuantos niños refirieron otros problemas en su hogar, de los cuales se desglosa por cada grupo muestra de acuerdo a la codificación correspondiente. 3"A" con dos niños, 4"A" con un niño y 4"D" con un niño.