



**UNIVERSIDAD SALESIANA A.C.**

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**VIVIR CON VIH/SIDA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**FELIPE DE JESUS CHAVARRIA RAMOS**

ASESOR:

**LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA**

MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2008



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.

## **DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS POR AYUDARME A ENCONTRAR A LAS PERSONAS ADECUADAS EN MIS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES DE MI VIDA.**

**AGRADEZCO A MI MADRE POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO Y APOYARME EN TODA MI CARRERA, YA QUE GRACIAS A ELLA ESTOY TERMINANDO UN CAPITULO MAS EN MI VIDA, TAMBIÉN POR ENSEÑARME EL VALOR Y CORAJE PARA TERMINAR Y SOBRETUDO POR DARME LAS HERRAMIENTAS PARA PODER SER UN MEJOR SER HUMANO Y SEGUIR SU EJEMPLO DE VALENTÍA. POR ESO Y MUCHO MAS MIS RESPETOS Y ETERNO AGRADECIMIENTO PARA LA MEJOR MADRE MIL GRACIAS.**

**A MIS HERMANOS POR ACOMPAÑARME EN ESTE PROYECTO Y FORMAR PARTE DE EL GRACIAS...**

**CON AFECTO A LA FAMILIA CALDERÓN RAMOS POR SER PARTE IMPORTANTE EN ESTE PROYECTO Y DARME TODO EL APOYO A LO LARGO DE MI VIDA.**

**A MI ASESOR EMILIANO LEZAMA LEZAMA, POR SU TIEMPO, DEDICACIÓN QUE GRACIAS A ÉL PUDE TERMINAR ESTA INVISTIGACIÓN, GRACIAS.**

**A LA INSTITUCIÓN SER HUMANO, POR TODO EL APOYO Y ELEMENTOS PROPORCIONADOS EN ESPECIAL A LA LIC. GRACIELA HERNÁNDEZ BENÍTEZ, GRACIAS.**

**A MIS AMIGAS Y AMIGOS, POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO EN TODOS LOS MOMENTOS IMPORTANTES, POR SU APOYO Y CARIÑO, GRACIAS.**

## INDICE

|  |     |
|--|-----|
| INTRODUCCION . . . . .                       | 1   |
| CAPITULO 1 VIH/SIDA . . . . .                | 5   |
| CAPITULO 2: DEPRESIÓN . . . . .              | 24  |
| CAPITULO 3: AUTOESTIMA . . . . .             | 45  |
| CAPITULO 4: RENDIMIENTO ACADÉMICO . . . . .  | 67  |
| CAPITULO 5: METODOLOGÍA . . . . .            | 83  |
| CAPITULO 6: ANALISIS DE RESULTADOS . . . . . | 105 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . . . . .     | 209 |
| BIBLIOGRAFIA . . . . .                       | 223 |
| ANEXOS . . . . .                             | 231 |

## **INTRODUCCIÓN**

Han pasado mas de 20 años desde que el primer caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue reportado en niños, y el espectro de la enfermedad en este grupo de edad ha cambiado de manera significativa; aunque el número de nacimientos de niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha disminuido gracias a las pruebas de tamizaje que se realiza a las mujeres embarazadas y a que existe la disponibilidad de profilaxis antirretroviral durante el embarazo, aún siguen naciendo niños infectados con VIH; en caso de que el niño adquiera la infección existen recomendaciones nacionales e internacionales para el inicio del tratamiento antirretroviral, se ha incrementado la disponibilidad de antirretrovirales en edad pediátrica y la utilización de la terapia combinada ha disminuido la replicación viral y se preserva o incrementa la función inmune, condición que se puede mantener por muchos años con un manejo médico integral y un buen apego a los tratamientos, siendo posible incrementar la sobre vida del niño y por lo tanto que disfrute de una mejor calidad de vida. Para un niño, una mejor calidad de vida significa: alimentarse mejor, tener menos ingresos hospitalarios, sentirse menos enfermo, asistir a la escuela, y ser como sus amigos.

Concentrados en la búsqueda de una cura para esta enfermedad, suele olvidarse el estado psicológico de los pacientes. Al daño del sistema inmunológico se suman trastornos mentales de todo tipo (psiquiátrico psicológico vs orgánico), desde depresiones pasajeras hasta problemas mentales crónicos.

Estas complicaciones difieren en cada persona, de acuerdo a la edad y momento o estadio en el que se encuentra la enfermedad.

Aunque no todos los enfermos con SIDA están expuestos a sufrir enfermedades psiquiátricas graves asociadas a la inmunodeficiencia, la mayoría desarrolla algún tipo de problema emocional.

Los problemas psico-sociales que enfrentan los niños infectados por el VIH/SIDA y sus familias representan una amplia variedad de trastornos como lo son: aislamiento, problemas relacionados con la revelación del diagnóstico, estigma social, depresión, enojo y confusión.

Esta revisión tiene como objetivo describir los principales trastornos psicológicos que se presentan en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Así mismo observar y analizar algunas de las vivencias en áreas específicas de su vida.

La presencia de una enfermedad crónica durante la infancia tiene un profundo efecto psicológico, social y sobre la integridad de la familia. La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas presentan una gran variedad de cambios psicológicos que incluyen la perspectiva de pérdida real y anticipada, disminución de la calidad de vida, miedo al deterioro físico y, finalmente, la muerte.

La presente investigación esta desarrollada por siete capítulos. En el primero hablaremos de la infección por VIH/SIDA algunos antecedentes históricos, formas de infección y prevención así como algunos efectos psicológicos de los pacientes con esta enfermedad.

En el segundo capítulo se expone el tema de depresión el cual describe diferentes definiciones, síntomas algunos tipos de tratamientos y la relación con los pacientes que padecen VIH/SIDA.

El tercer capítulo comprende el rendimiento académico dando algunas definiciones de está y factores que determinan un buen rendimiento de igual manera la relación y forma en que afecta en los pacientes que viven con el VIH.

Para el cuarto capítulo se expone la autoestima dando algunas definiciones y diferencias con respecto al autoconcepto, desarrollo igualmente relacionándolo con el rendimiento académico y pacientes con VIH ya que en ocasiones se puede confundir con algún síntoma depresivo.

Hacia el quinto capítulo se encuentra el tipo de investigación que se utilizó en dicha tesis también las limitaciones de este.

El penúltimo capítulo hace referencia al análisis de resultados obtenido de las pruebas aplicadas. Y el último a las conclusiones y recomendaciones.

El objetivo de esta tesis es conocer los efectos psicológicos que provocan el hecho de que los niños padezcan VIH/SIDA. De tal manera que se analicen en tres puntos principalmente: depresión, autoestima y rendimiento académico.

Con este trabajo pretendo que se profundice mas en los niños que padecen VIH/SIDA y se les brinde una mayor atención psicológica de tal manera que puedan mejorar su calidad de vida.

## **CAPITULO 1**

### **VIH/SIDA**

En el presente capitulo abordaremos dicha enfermedad que van desde los antecedentes históricos, formas de contagio, pruebas para la detección de la misma así como medidas de prevención. Esto con la finalidad de comprender dicha pandemia.

#### **¿QUE ES EL SIDA?**

De forma concreta podemos decir que el SIDA es una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que se instala en las células y permanece allí por años antes de manifestarse, razón por la cual el individuo infectado puede transmitir el virus sin darse cuenta. La característica principal del SIDA es la incapacidad del sistema inmunológico para proteger el cuerpo de las infecciones (Díaz- Loving y Torres, 1999).<sup>1</sup>

Esta enfermedad tiene antecedentes que a continuación veremos.

#### **1.1 Antecedentes Históricos**

Los primeros casos de SIDA descubiertos en Europa, ocasionaron diferentes reacciones en las esferas sanitarias; muchos profesionales respondieron con un exagerado alarmismo que inclusive llego a situaciones de histeria general, otros tomaron el mal con cierta tendencia publicitaria sensacionalista y algunos

---

<sup>1</sup> Díaz Living Rolando, Karina Beatriz Torres (1999). Juventud y SIDA: Una Visión Psicosocial. Edit. Porrúa México.

manifestaron reacciones extremadamente escépticas, con actitudes anulativas que impedían impulsar un plan de investigación sobre esta grave enfermedad.

En el año de 1979, empezaron a aparecer casos de una rara enfermedad, pero fue hasta el año de 1980 cuando en la ciudad de Los Ángeles, se detecta una afección que llamo la atención de los médicos, ya que se presentaba curiosamente solo en varones homosexuales.

El doctor Michell Gottlieb, inmunólogo de la Universidad de California y científico del Centro de Control de Enfermedades (C.D.C.) en Atlanta , fue quien describió esta rara enfermedad, que era capaz de aniquilar el sistema inmunológico del individuo homosexual previamente sano, e iniciar el desarrollo de infecciones secundarias y cáncer que los llevaba a la muerte.

En el año de 1982, después de múltiples estudios y de discutirlo entre los médicos del C.D.C. en Atlanta se decide llamar a la enfermedad *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* (SIDA), nombre aprobado por las autoridades de salud de diferentes países y por la Organización Mundial de la Salud (OMS), definiéndola como aquella enfermedad caracterizada por infecciones oportunistas y enfermedades malignas en pacientes sin una causa conocida para inmunodeficiencia.

En 1985, se llevan a cabo estudios para detectar anticuerpos contra el virus por medio de técnicas inmunoserológicas; y en 1986, el Comité Internacional sobre Taxonomía de Virus, denomina a este retrovirus (Virus cuyo genoma está

constituido por ARN, que es transcrito de forma inversa en ADN durante su infección y replicación), como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Existen muchas especulaciones acerca del origen del SIDA, la explicación más aceptada por la mayoría de la comunidad científica, dice que el virus proviene del África Subsahariana, y que es en África Central donde empezó la epidemia para después extenderse al resto del mundo.

En México el primer caso de SIDA se diagnosticó en el año de 1983, se trataba de un varón de origen haitiano, quien fue atendido en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Durante ese año, se notificó a la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud, sobre otros cinco casos de SIDA en varones, con lo cual el número total informado ese año fue de seis pacientes.

Según lo anterior, y al saber que el tiempo que transcurre entre la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA es en promedio de unos 10 años, puede afirmarse que el virus de la Inmunodeficiencia Humana fue introducido a México en el decenio de 1970 (Ponce y Rangel, 2000)<sup>2</sup>.

En mayo de 1986, se publica la ley que establece la obligación de practicar pruebas a todos los donadores.

El Consejo de Salubridad General, crea ese mismo año el Comité de Prevención del SIDA, cuyo objetivo era evaluar la situación nacional lo concerniente al SIDA y

---

<sup>2</sup> Ponce, S y Rangel, S (2000). Sida, aspectos Clínicos y Terapéuticos, México. Mc Graw-Hill.

a la infección por VIH; se establecieron criterios para su diagnóstico, prevención y control, coordinando la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control adecuadas al país.

Este comité evolucionó y se convirtió en un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y en agosto de 1988 se crea el Consejo nacional para la prevención del SIDA (CONASIDA); así el SIDA se convierte en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica (Díaz- Loving y Torres, 1999).

Como vemos, la preocupación por el aumento de los casos de SIDA no solo en México, sino en el mundo, ha hecho que la sociedad preste atención al tema y se trabaje en la creación de instituciones para apoyo e investigación de la enfermedad. Mediante los estudios hechos a esta pandemia, se ha logrado determinar la constitución del virus, su evolución y por supuesto las formas de transmisión.

## **1.2 SIDA**

### **(Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad que afecta el sistema inmunitario: hace que el cuerpo se debilite y que no pueda combatir las infecciones. El causante del SIDA es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Cuando una persona se infecta con el VIH, éste ingresa en el cuerpo, vive y se multiplica en los glóbulos blancos (células que, normalmente, nos protegen de las enfermedades). El VIH debilita el sistema inmunitario y deja al cuerpo sensible a las infecciones y a otras enfermedades, desde neumonía hasta cáncer.

Normalmente, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen cualquier organismo extraño que entra al cuerpo humano. Esta respuesta es coordinada por un tipo de células llamados linfocitos CD4. Desafortunadamente, el VIH ataca específicamente a los linfocitos CD4 y entra en ellos.

Sin embargo, el virus gana. El número de células CD4 disminuye progresivamente y la persona sufre de inmunodeficiencia, lo cual significa que la persona no puede defenderse de otros virus y bacterias que causan enfermedades.

### **1.3 EL VIRUS DEL SIDA**

#### **1.3.1 ESTRUCTURA DEL VIH/SIDA**

Es un virus esférico con varias capas proteicas. Su material genético se compone principalmente de ARN que debe copiarse en ácido desoxirribonucleico (ADN) bicatenario para poder multiplicarse e integrar en el núcleo de la célula que infectan. Los antígenos (proteínas) de la envoltura exterior permiten al virus adherirse e infectar los linfocitos T4.

El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los retrovirus y se lleva a cabo mediante acciones enzimáticas secuenciales (ADN Polimerasa y Ribonucleasa de la Transcriptasa Inversa).

Con la demostración de la existencia de la Transcriptasa Inversa (Temin, Mizutani) se inicia en la década de los 70 la búsqueda de los retrovirus humanos que permitió el aislamiento en 1980 del virus de la Leucemia de células T del adulto (HTLV-I), por otro lado el descubrimiento de la Interleukina 2 o factor de

crecimiento de las células T permitió mantenerlas en cultivo durante largos períodos de tiempo. En 1982 se aisló otro virus relacionado (HTLV-II) a partir de un enfermo con Leucemia de células peludas. En 1983 se aisló el virus asociado a la Linfadenopatía (LAV). En 1984 se aisló el virus humano Linfotrópico (HTLV-III), hoy conocido como VIH-1, y en 1986 el VIH-2.

### **1.3.2 EI VIH 1 Y VIH 2**

Se conocen dos tipos de virus identificados como los agentes etiológicos del SIDA y que se han denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estos dos tipos de virus son genética y antigénicamente diferentes y se han llamado VIH-1 y VIH-2.

El VIH-1 se considera que es el responsable de la epidemia a nivel mundial, el VIH-2 endémico del África Oriental y raro fuera de esa región.

El VIH-2 se diferencia del VIH-1 en que la enfermedad que produce es menos agresiva, parece evolucionar más lentamente hacia la destrucción del sistema inmunitario, su transmisión vertical (madre hijo) parece ser más difícil y existe variación en la regulación del virus a nivel genético.

También parecen existir diferencias biológicas, tanto en vivo como in vitro, e incluso se ha sugerido que ciertos subtipos pueden presentar un mecanismo predominante de transmisión.

#### **1.4 INFECCIÓN POR VIH/SIDA**

Es una infección que se debe al virus causante del SIDA que ataca el sistema de defensa natural que posee el cuerpo humano contra todo tipo de agresiones, especialmente contra los gérmenes.

Este sistema de defensa se llama Sistema Inmunológico y funciona mediante células sanguíneas blancas llamadas linfocitos (o células B y células T). El VIH ataca principalmente a los linfocitos T4. Los linfocitos T4 desempeñan una función muy importante en la defensa del cuerpo, por ejemplo en una infección de los pulmones (neumonía) son los que activan la liberación de sustancias para acabar con los gérmenes, por ello una persona con SIDA que no tiene estos linfocitos se ve seriamente amenazada por la neumonía.(Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales).

Se habla de infección por VIH cuando el virus se ha instalado en esas células. El virus puede estar sin provocar la enfermedad, es cuando se dice que está latente, no se reproduce y sólo queda almacenado en los linfocitos T4, pero puede volverse activo –comienza a replicarse y sale, destruyendo la célula- y debilitar al Sistema Inmunológico, dando la oportunidad a algunas enfermedades para desarrollarse.

Las personas que padecen infección por VIH/SIDA pueden presentar algunos de los siguientes síntomas:

- Diarrea persistente
- Pérdida de peso no justificada
- Pérdida de apetito
- Fatiga constante
- Ganglios linfáticos inflamados, como los del cuello a los que al tocarlos están duros y son dolorosos.
- Fiebre recurrente
- Sudores nocturnos
- Manchas blancas en la boca

Estos síntomas pueden desarrollarse a las pocas semanas o meses de haberse infectado. Estos síntomas no son suficientes para definir el SIDA.

Lo que ocurre después que el VIH entra en el organismo es diferente para cada persona. Antes de los nuevos medicamentos, la mayoría de los médicos pronosticaban de 5 a 10 años de vida. Hoy se habla del SIDA como de una enfermedad crónica si se tiene la posibilidad económica de acceder a los tratamientos.

Según la velocidad diferente de replicación, se podrían distinguir tres fases evolutivas de la infección:

- Fase Inicial, Precoz o Aguda
- Fase Intermedia o Crónica
- Fase Final, de crisis o de SIDA

## **1.5 TRANSMISION, DETECCION Y PREVENCION DEL VIH/SIDA**

El virus se transmite de una persona "infectada" a otra persona y es posible en todas las fases de la infección. Aunque no presente ningún signo de la enfermedad, la persona infectada por el VIH puede transmitir el virus.

En la práctica existen tres modos de transmisión del VIH:

### **1- Transmisión sexual**

### **2- Transmisión parenteral o sanguínea**

### **3- Transmisión vertical, de la madre al feto o perinatal**

#### **1.5.1 Transmisión sexual**

El virus se encuentra en las secreciones genitales de los sujetos infectados, asintomáticos o enfermos. En el hombre se encuentra en el semen, pero también en las secreciones prostáticas que se producen antes de la eyaculación (líquido pre eyaculatorio). En la mujer se encuentra en las secreciones del cuello uterino y de la vagina.

En la práctica, la infección puede producirse cuando esas secreciones entran en contacto con las mucosas de la pareja (mucosa genital, anal o bucal). El virus no atraviesa la piel sana.

- Las relaciones sexuales que favorecen las lesiones e irritaciones, aumentan el riesgo de transmisión
- Las relaciones anales son las más infecciosas porque son más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.
- El riesgo de transmisión es mayor de hombre a mujer que de mujer a hombre. El riesgo aumenta si la mujer tiene la regla.
- Puede producirse de mujer a mujer, y de hombre a hombre
- Una sola relación puede transmitir el virus, pero multiplicar el número de relaciones aumenta el riesgo de contagio
- Las relaciones sexuales entre mujeres, pueden involucrar la exposición oral o por otra vía a la mucosidad vaginal, rectal y a la sangre menstrual por el uso compartido de consoladores para la penetración vaginal y anal, estas prácticas causan irritación, sangramiento y lesiones a los tejidos.

### **1.5.2 Transmisión parenteral**

Se pueden presentar debido a:

- Transfusiones sanguíneas y/o hemoderivados (de sangre no analizada)
- A través de semen para inseminación artificial, tejidos u órganos contaminados
- Por intercambio de máquinas de afeitar
- Por hacerse tatuajes
- Mediante el uso de jeringas y agujas infectadas, en el caso de los drogadictos que utilizan drogas intravenosas

Hoy, la posibilidad de infectarse por una transfusión de sangre es excepcional, los controles a los que se someten las donaciones son muy rigurosos.

Es imposible infectarse al donar sangre, el material utilizado es desechable. Existen casos aislados de transmisión por sangre y fluidos corporales por exposición accidental del personal de salud.

### **1.5.3 Transmisión vertical**

La transmisión madre hijo es el principal mecanismo de adquisición del VIH para los niños. Una madre con el VIH que se embarace tiene una oportunidad sobre tres de dar a luz a un niño infectado, el que tendrá altas probabilidades de desarrollar la enfermedad en los primeros años de vida.

- La transmisión puede ocurrir en el útero o durante el parto
- A través de la leche materna durante la lactancia, es decir, por vía perinatal, como también se ha reportado la transmisión del niño a la madre durante la lactancia por lesiones en el pezón

En algunos casos, es posible disminuir la transmisión madre hijo mediante el tratamiento con antirretrovirales de la mujer embarazada y del recién nacido.

### **1.5.4 Detección del VIH/SIDA**

En la mayoría de los casos la seropositividad frente al VIH se detecta a partir de una extracción sanguínea con la que se realiza la determinación de anticuerpos anti VIH por alguna técnica serológica.

Es posible detectar el virus o sus componentes mediante cultivo vírico, detección de antígeno viral o la amplificación de una parte del material genético del virus (métodos directos).

La práctica habitual es detectar los anticuerpos que el organismo produce como respuesta a la presencia del virus (métodos indirectos). La mayoría de las técnicas empleadas se basan en el método ELISA o EIA.

### **1.5.5 Prueba de anticuerpos al VIH**

Es un análisis específico que muestra la evidencia de anticuerpos al VIH en la sangre. Los anticuerpos solamente muestran que la persona está infectada por el virus.

Esta prueba se puede hacer en un laboratorio público o privado, o una clínica equipada para este fin. Tanto antes como después de la prueba, es importante que hables con un profesional de la salud experto en el VIH/SIDA para que te informe qué puede significar para tí el resultado positivo de la prueba del VIH.

### **1.5.6 El ELISA o EIA (Análisis Inmunsorbente unido a Enzimas)**

Es posible utilizar diferentes muestras para la detección de anticuerpos anti VIH, pero lo habitual es utilizar el suero que se obtiene de una extracción sanguínea.

Este suero se enfrenta en un soporte a un componente vírico que actúa como antígeno. Si en el suero existen anticuerpos, éstos se unen con el antígeno formando un complejo que se pone en evidencia mediante una reacción que puede ser visualizada a simple vista o medida con un fotómetro. Por lo general la muestra es positiva cuando se desarrolla color.

Estas técnicas, muy sensibles, detectan mínimas cantidades de anticuerpos por lo que pequeñas interferencias de sustancias similares podrían conducir a un resultado positivo falso.

La probabilidad de un resultado positivo falso, es mayor cuanto más baja es la prevalencia de la infección. En la actualidad, lo habitual en los centros que obtienen resultados positivos, es utilizar otra técnica ELISA para reafirmar la positividad.

Si la prueba es positiva, decimos que la persona ha sido infectada y es seropositiva. No quiere decir que la persona tenga la enfermedad, solo indica que tiene el virus y puede transmitirlo a otras personas.

## **1.6 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES INFECTADOS POR VIH/SIDA.**

Sobre esto Pascual y Ballesteros (1997), mencionan que la mayoría de los casos, al enfrentarse a la seropositividad, las personas pueden estar destrozadas desde el punto de vista psicológico o afectivo, sin embargo cada una de ellas se da de manera en particular, ya que las circunstancias que rodean al individuo, incluyendo su personalidad, sus recursos económicos, edad incluso la vía de contagio, determinan en gran medida la reacción de las personas.

Miller (1990)<sup>3</sup> enlista en dos categorías a los pacientes que padecen VIH/SIDA, emocionales y conductuales; entre las emocionales se encuentran:

- El silencio por la incredulidad,
- La confusión e inseguridad por el presente y el futuro,
- La negación, desesperación,
- Enojo por el impacto,
- El temor al dolor, la muerte,
- La incapacidad,
- La culpa, preocupación mórbida por el futuro,
- Y por último, alivio al conocer la causa de la enfermedad.

Entre las reacciones conductuales se encuentran el llanto episódico, enojo e irritabilidad hacia cualquiera, aislamiento, distanciamiento de los problemas y circunstancias actuales y resistencia a participar en conversaciones, actividades o planes para el tratamiento, impulsividad, interrogador para su tranquilidad y para buscar mayor información.

Ponce y Rangel (2000) comentan que recibir el diagnóstico es un acontecimiento catastrófico, ya que los pacientes son confrontados no solo con el fin de su expectativa de vida a largo plazo, sino también con la necesidad de hacer cambios inmediatos a su estilo de vida.

---

<sup>3</sup> Miller, D (1990) Viviendo con Sida y VIH. México. Manual Moderno.

Lupo (2003)<sup>4</sup> presenta una serie de reacciones emocionales que pueden presentarse después de recibir el diagnóstico:

**Ansiedad:** Puede convertirse en una constante en la vida del paciente, esto como reflejo de la incertidumbre crónica que se asocia a la infección. Tiene relación con los pronósticos a corto y largo plazo; el riesgo de las complicaciones; el temor de haber infectado o poder contagiar a otras personas; la hostilidad y el rechazo en el ámbito social, laboral, doméstico y sexual; el abandono, el aislamiento y el dolor físico; el miedo a morir sin dignidad o con dolor; la impotencia ante la incapacidad de cambiar las consecuencias de la infección; el acceso a los tratamientos médicos y su eficacia; incertidumbre por su futuro social, laboral y sexual y la pérdida de la independencia física y económica.

**Negación:** Este es un mecanismo por el cual el pensar o concebir la realidad diferente de lo que es, disminuye la angustia. Pueden reaccionar negando el hecho de la infección rotundamente. Esta negativa inicial puede ser una forma constructiva de amortiguar el impacto del diagnóstico. Ahora bien, si la actitud negativa persiste, puede resultar contraproducente.

La realidad se transforma en fantasías de curación, error de diagnóstico, curas milagrosas, cambios espirituales salvadores, etc., lo cual debe cambiarse cuidadosamente, ya que puede interferir con la adopción de medidas preventivas de cuidado como la asistencia médica y la negación a comenzar un tratamiento.

---

<sup>4</sup> Lupo S. (2003) Clínica Terapéutica de la Infección por VIH/SIDA. UNR Editora. Argentina

Enojo o ira: Aparece manifestada hacia si mismo y hacia el mundo que lo rodea, por haberse infectado o haber infectado a otros, así como por el impacto que causara en su familia y amigos. El paciente puede presentar irritabilidad, sensación de vulnerabilidad, cambios de humor, sentimientos de culpa que son reforzados por la estigmatización y reacciones de la sociedad ante la enfermedad.

Temor y aislamiento social: Se teme a la enfermedad, al deterioro físico, a los efectos del tratamiento, a que se enteren los demás, al rechazo, la discriminación y la muerte. Estos temores se acentúan cuando alguien cercano esta, infectado o ha fallecido. También por información distorsionada que se haya recibido.

Depresión o tristeza: Es una reacción de duelo, en donde algo se pierde. Las personas experimentan una sensación de perdida en relación con su vida y sus ambiciones, su atractivo, su fuerza física, sus relaciones sexuales, etc. Si aumenta la necesidad de asistencia, también se experimentara un sentimiento de perdida de la intimidad y de control sobre la propia vida. La pérdida más común que experimentan los pacientes, es la de la confianza. Se manifiesta por la pérdida de interés, angustia, llanto, tristeza, falta de apetito y sueño, sentimientos de desvalorización, disminución de la autoestima, e ideaciones suicidas. Se acompaña con sentimientos de culpa, reproches, sensación de soledad, vacío y muerte anticipada. Esta etapa muchas veces conlleva a que el paciente presente dificultades en la concurrencia a los controles médicos y a iniciar o cumplir con el tratamiento.

Estrés: el estrés en pacientes con VIH, se trata de un cuadro transitorio, que aparece tras la notificación de la seropositividad o cuando es informado del avance de la infección hacia el SIDA. Aparecen pensamientos intrusivos y rumiaciones con la incertidumbre respecto a la salud, al riesgo del contagio para los demás y con la idea de muerte.

También podemos mencionar como posibles causas una predisposición del paciente a estos episodios, que aunado a la infección, desencadena estas reacciones psicológicas.

Ahora bien en estudios realizados en niños por la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología en niños se encuentra los siguientes resultados:

Los niños infectados por VIH pueden sentirse diferentes a sus pares, ya que tienen múltiples faltas a la escuela por enfermedad, también su aspecto físico es diferente en comparación con chicos de su misma edad, siendo con frecuencia más bajos y delgados que sus compañeros, aunque con los nuevos esquemas de tratamiento y un manejo integral de los pacientes esto podría modificarse en un futuro.

Los trastornos psicológicos del niño con infección por VIH/SIDA aparecen como conductas de desobediencia, ira, enojo, agresión y otras conductas disruptivas que pueden estar relacionadas con depresión infantil, la cual puede asociarse a la historia previa de la familia y problemas asociados a la enfermedad. El principal trastorno psicológico observado en nuestros pacientes es depresión.

## **Capítulo 2**

### **DEPRESIÓN**

Para este capítulo se pretende revisar el tema de depresión encontrando algunos antecedentes históricos, distintas definiciones, características de la enfermedad, tratamientos y la relación que existe con las personas que padecen VIH/SIDA.

#### **2.1 Antecedentes históricos**

Hablar de los orígenes de la depresión es de gran importancia debido a que desde épocas antiguas el hombre ha sido víctima de este malestar, que le ocasiona una gran diversidad de impedimentos para realizarse de una manera adecuada en la vida diaria.

Hacia el siglo IV a.C. las enfermedades mentales estaban clasificadas en frenitis, letargia, manía y melancolía. Hipócrates (460-380 a.C) planteó la teoría de los humores. A partir de ella se decía que la salud era el resultado del equilibrio entre ciertos humores o sustancias, que determinaban los temperamentos del hombre.

Hipócrates decía que si el temor o la tristeza permanecían largo tiempo, entonces se trataba de melancolía. Dentro de este planteamiento hipocrático no hay una dicotomía entre el cuerpo y el alma; estos padecimientos mentales era una expresión psicológica del desequilibrio de esos humores.

En el estoicismo encontramos doctrinas sobre la melancolía elaboradas por Cicerón y Séneca, las cuales ponen en juego una percepción diferente del ser humano.

Cicerón planteaba que los melancólicos eran enfermos del alma que no tenían curación y debían ser privados de sus derechos civiles de forma perenne. Séneca por otro lado, habla de la melancolía como *tedium vital*, una desesperanza vital.

Los paradigmas científico-filosóficos de Descartes (1596-1650) y Hume marcan el movimiento cultural del Renacimiento durante los siglos XV y XVI. Para Descartes, las pasiones del alma son fenómenos de conciencia que se pueden incluir entre los errores del ser humano.

La sede de las pasiones está en la fisiología del cuerpo, específicamente en la glándula pineal, en el centro del cerebro. El estado de ánimo es la idea de un estado del cuerpo. La tristeza es un fenómeno esencialmente nervioso.

Con Francis Bacon (1561-1626) surge el empirismo moderno, planteando que la ciencia debe basarse en la experiencia sensible y no en la razón.

Y a principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de las ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio.

Por su parte, Vallejo Antonio (1994) también mencionan que en la primera cuarta parte de siglo XX, los psiquiatras europeos incluían la mayoría de las alteraciones en el círculo maniaco depresivo. La melancolía como tal quedo, no obstante, relegada a las denominadas "locuras de la involución".

En 1908, Adolf Meyer introduce en Estados Unidos, el termino depresión, rechazando el de la melancolía y el sistema taxonómico europeo.

Para Meyer, la depresión, como reacción emocional, podría manifestarse de tres maneras: en forma pura, como reacción injertada en una constitución neurótica y formando parte evolutiva de la persona.

Así mismo es importante referir que Arieti (1965), menciona que en 1911 Kart Abraham publico lo que podría decirse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión, Abraham menciona que la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales y resume sus tres contribuciones sobre la depresión y considera los siguientes factores predisponentes: un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral, una especial fijación al nivel oral expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación, etc.), un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado "paratimia primaria"; aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edipicos hayan sido superados y repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida.

Con este breve recorrido por los antecedentes de la depresión, se puede notar que así como ha existido desde siempre, hoy día es de mayor relevancia y por lo mismo, es importante prestarse atención para poder contribuir de una manera positiva, en la superación de este problema.

## 2.2 DEFINICION DE DEPRESIÓN

Es importante dejar muy en claro la concepción de la depresión, motivo por la cual muchos autores hacen referencia a ella, como es el caso de Priest (1992), quien menciona que la depresión forma parte de la vida cotidiana, muchos nos hemos sentidos deprimidos en algún momento y los motivos con frecuencia son los mas obvios. Todos tenemos decepciones y disgustos, todos tenemos temores e inseguridades. Sin embargo la depresión suele convertirse en un problema serio que incluso llega amenazar la vida.

Por otro lado, Dorsch (1997), dice que la depresión se considera como un estado de ánimo triste, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican.

Asimismo para Cameron (1982) desde otra perspectiva plantea que la depresión es un desorden del humor, en la se expresa la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Cameron N. (1982) Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México: Trillas

## 2.3 TIPOS DE DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos se clasifican según su etiología y por curso y tiempo de duración. La primera comprende dos tipos de depresión: reactiva o neurótica y endógena.

Depresión Endógena: Se caracteriza por un cuadro definido de tristeza vital, pérdida de la capacidad de disfrutar y sentir placer, despertar precoz, mejoría vespertina, empeoramiento estacional, sentimientos de culpa. Esta desvinculada al suceso desencadenante; aunque en muchas ocasiones el primer episodio puede aparecer como respuesta a una situación dolorosa o estresante (Gelder, Gath, Mayou, 1989, Menchon y Vallejo 2000)

7

Depresión Neurótica: se caracteriza por rasgos neuróticos de personalidad, ansiedad, agravación en la tarde, curso prolongado, se produce como respuesta a situaciones externas.

---

<sup>7</sup> Gelder M, Gath, D y Mayou R.: Psiquiatría. México, Nueva Editorial Panamericana, 1989  
Vallejo y Menchon JM. (2000) Distimia y otras depresiones no melancólicas.

## Trastorno unipolar y bipolar

Kraepelin (1902) unió a la manía y la depresión en una sola entidad y delimitó a la psicosis maniaco-depresiva, describió el curso episódico de la enfermedad, caracterizó las principales formas clínicas y planteó la influencia de la herencia en su aparición.

En 1962 Leonhard postuló la separación entre formas bipolares y unipolares de trastorno afectivo<sup>9</sup>.

. Así surgió una división en tres grupos:

1. Depresión unipolar. Presencia solo de trastorno depresivo.
2. Manía unipolar. Presencia solo de manía.
3. Trastorno bipolar. Presencia de trastorno depresivo y manía.

**Depresión severa.** La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

**Distimia.** La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

---

<sup>9</sup> Leonhard K. (1962) Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada, Polemos.

Este se le ha relacionado con un pobre desempeño académico y psicosocial en la infancia, algunos síntomas son: sentimientos de culpa, pérdida de interés o placer, fatiga o cansancio crónico, irritabilidad o rabia excesiva, fallas de concentración, dificultad para tomar decisiones, cambios en el apetito (Vallejo y Menchon 2000).

**Trastorno bipolar.** Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros.

Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas.

Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón) (Vieta, Colom y Martínez 2000)<sup>10</sup>.

**Depresión Mayor.** Cuando alguien presenta un estado depresivo mayor se puede identificar porque algo no funciona bien. Se identifica un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer por las actividades ordinarias durante un periodo mínimo de dos semanas.

Según Crespo (2000), el trastorno depresivo mayor es uno de los trastornos mas frecuentes. Éste puede comenzar a cualquier edad, aunque el promedio se sitúa entre los 27 y los 40 años.

### **Trastornos del estado de ánimo**

Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maniaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

#### ❖ Episodios Afectivos

- Episodio Depresivo Mayor.
- Episodio Maníaco
- Episodio Mixto

---

<sup>10</sup> Vieta E, Colom F Martínez A, Jorquera A, Gastó C (2000) What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? Psychother Psychosom

❖ Trastornos Depresivos (Con Episodios Depresivos)

- Trastorno Depresivo Mayor
- Trastorno Distímico
- Trastorno Bipolar I
- Trastorno Bipolar II
- Trastorno Ciclotímico

❖ Trastorno Bipolar No Especificado

- Trastorno del Estado de Animo debido a Enfermedad Médica
- Trastorno del Estado de Animo Inducido por Sustancias
- Trastorno del Estado de Animo no Especificado

**Estados depresivos secundarios**

- Depresión debido a sustancias
- Depresión debido a condición o enfermedad medica
- Depresión secundaria a otro trastorno mental.

**Depresión debido a sustancias**

Dentro de las causas más comunes encontramos:

- Algunas píldoras anticonceptivas.
- Ciertos analgésicos.
- Ciertas hormonas esteroides.
- Cocaína

## **Depresión debido a condición o enfermedad medica**

Dentro de las causas más comunes encontramos:

- Posparto
- Alteraciones hormonas (especialmente el hipotiroidismo).
- Alteraciones neurológicas.
- Infecciones
- Cáncer
- Anemia
- Déficit de vitaminas

## **Depresión secundaria a otro trastorno mental**

Dentro de las causas más comunes encontramos:

- Trastorno de pánico.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastornos psicoticos.

## **2.4 FACTORES DESENCADENANTES DE LA DEPRESIÓN**

### **Factores químicos**

Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. Los neurotransmisores son los mensajeros químicos del cerebro y, en caso de depresión, se ven alterados los siguientes:

Serotonina (Íntimamente relacionada con la emoción y el estado de ánimo)

Acetilcolina (Responsable de muchas de las estimulaciones musculares, y participa en la programación del sueño).

Catecolaminas: Dopamina, (Interviene en el deseo y en la sensación de placer), Noradrenalina (puesta en “alerta máxima” de nuestro sistema nervioso), y Adrenalina (La sustancia de la “acción” por antonomasia).

Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética. Por ejemplo, los investigadores han identificado un defecto en un gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión.

### **Factores Hormonales**

En la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento de las glándulas hipotálamo e hipófisis (que se encuentran en el cerebro) y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre los riñones.

Estas tres glándulas funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol.

Normalmente, la cantidad de hormona segregada frena a la glándula que la ha producido de modo que se produce un mecanismo llamado de retroalimentación. Si esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad, se origina la depresión.

Las anomalías de la función de la glándula tiroides también se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da la cara como un síndrome depresivo. Como en el caso anterior existiría en ciertos casos de depresión una mala regulación de la secreción hormonal de estas glándulas.

### **Factores Genéticos**

La predisposición genética a la depresión no implica que se padezca, sino que existe una disposición hacia ella.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar.

Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Sea hereditario o no, lo cierto es que el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales, como la disminución del metabolismo del área prefrontal izquierda del cerebro, situación que se normaliza tras los diferentes tratamientos.

### **Factores Psicosociales**

La depresión puede ser la consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés.

Obviamente, en la gestación de la depresión también influyen ciertos patrones de comportamiento como la inseguridad en el carácter, la baja autoestima y la ansiedad.

Los trastornos de inseguridad y ansiedad, suelen originarse en la infancia, bien por un conflicto puntual o por un ambiente familiar en el que el sujeto ha sido privado de afecto, ha sido sobreprotegido o ha tenido que vivir circunstancias traumáticas.

## 2.5 DEPRESIÓN INFANTIL

Será importante definir a la depresión infantil, y al respecto algunos autores en el campo clínico sostienen que esta sucede con las primeras pérdidas del objeto del amor y madre principalmente) y la forma como se vivencie esta vinculación o desvinculación (Papalia y Wendoks, 1998).

Ackerman (1988), dice que la familia funciona como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, pero también es la unidad básica de la enfermedad y salud.

Mientras Minuchin (1994) <sup>11</sup> habla de los precedentes que da el contexto familiar dando vital importancia para las perturbaciones psicosomáticas en los niños, esto es, “que los niños responden a las tensiones que obran sobre su familia”.

También se asocia a la culpabilidad que pueda sentir un niño, cuando no cumple los mandatos maternos y/o paternos se transforma en culpabilidad en un primer momento y si continua la frecuencia de esta forma de interacción, pudiera suceder la depresión. Esta se complementa con el manejo de los dobles mensajes en la triada (madre-padre-hijo); es decir, en un contexto en donde predominan las paradojas.

Las significaciones que el niño vive a lo interno de la familia, son principalmente vivencias e ideas culturales que imponen los adultos reguladas por el pensamiento del niño (mágico-animista), característico de la primera infancia.

---

<sup>11</sup> Minuchin S. (1994) La Recuperación de la Familia Relatos de Esperanza y Renovación Edit.

Se considera vital en modo de cómo se toma el niño los significados de ciertos acontecimientos y como los conceptualiza.

Entonces la depresión infantil puede llegar a estar enmascarada en una realidad socio-cultural, en donde predominan reglas, costumbres y vínculos afectivos, donde la imagen paterna y/o materna funciona como medio facilitador para los efectos de tal padecimiento.

Otro factor que puede estructurar el síntoma depresivo es el maltrato infantil. Al hablar de maltrato debemos recordar que no solo se trata de golpes físicos, sino de ignorar su presencia, descalificando su palabra cuando se trata de opinar en cuestiones familiares, las críticas persistentes, las ridiculizaciones, cuando se le culpa implícita o explícitamente de lado que anda mal en la familia, todos estos puntos que podrían ser la base para construir una depresión infantil.

Badillo (1997), describe los síntomas de la depresión infantil, enumerándola de la siguiente manera:

- Falta de apetito
- Insomnio
- Fatiga
- Agitación
- Falta de interés
- Culpabilidad.
- Llantos inmotivados
- Pobre concentración
- Cambio en el rendimiento escolar

Señalando además que la duración media de estos síntomas va de entre dos semanas a un mes.

## **2.6 TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN**

Existen tres tratamientos psicológicos de eficacia comprobada, estos tratamientos son la terapia conductual, la terapia cognitiva o terapia cognitiva-conductual y la psicoterapia interpersonal.

La **Terapia Conductual** Dentro de la Terapia de Conducta se puede reconocer tres procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual pero con distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, Peter M. Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985)<sup>12</sup> han desarrollado

tres formas de tratamiento: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión.

---

<sup>12</sup> Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss & Bootzin, R. R., eds., *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academic Press

Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 352-375). Nueva York: Guilford

- 1. El Programa de Actividades Agradables:** consiste en un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.
  
- 2. El Entrenamiento de Habilidades Sociales:** es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás), la aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales (con extraños, con amigos y familiares y en el trabajo o la escuela).
  
- 3. El Curso para el Afrontamiento de la Depresión:** CAD, es igualmente un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos más de apoyo (al mes y a los 6 meses), para ser llevado en grupo. Se viene aplicando desde finales de los setenta, sobre la base del texto *Control your depression* (Lewinsohn, Muñoz, Joungren & Zeiss, 1978), disponiendo además de un libro de trabajo para el participante (Brown & Lewinsohn, 1979) y de un manual del

Instructor (Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz & Teri, 1984) <sup>13</sup>. El programa se concibe como un tratamiento psicoeducativo, donde el terapeuta hace más bien el papel-de-instructor o líder del grupo que el papel de terapeuta tradicional, mientras que, por su lado, los participantes son más participantes de un curso de aprendizaje que pacientes receptores de un tratamiento.

La **Terapia Cognitiva**: es un procedimiento altamente estructurado, de 15 a 25 sesiones, incluyendo las de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, de modo que no en vano se denomina también (y quizá más justamente) terapia cognitivo –conductual (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1983; Sacco & Beck ,1995) <sup>14</sup>.

Beck planteó un modelo cognitivo de la depresión y explicó este estado a partir de tres componentes:

1. La triada cognitiva: consiste en la visión negativa de la persona sobre sí misma, sobre sus experiencias y sobre su futuro.
2. Los esquemas: son definidos como patrones cognitivos estables que le impiden a la persona tener en cuenta todos los estímulos que recibe. Su atención los fija selectivamente.

---

<sup>13</sup> Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. & Zeiss, A. M. (1978). Control your depression. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

<sup>14</sup> Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979/1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: DDB

3. Errores cognitivos: los errores cognitivos más frecuentes en la persona deprimida son: adelanto a una conclusión negativa de los acontecimientos, conclusión negativa a un detalle, generalización a partir de situaciones que no están relacionadas.

La **Psicoterapia Interpersonal**: La Psicoterapia Interpersonal, a diferencia de la Terapia de Conducta y de la Terapia Cognitiva, no ofrece una teoría general de la depresión, sino un procedimiento terapéutico de base clínico-empírica.

Es una terapia estructurada por fases y objetivos, según las áreas señaladas, para ser llevada en 16 sesiones, de 50-60 minutos, programadas semanalmente (por lo común, primero dos a la semana y después una semanal). Cuenta con un manual de aplicación (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984).

Obviamente, cuando se utiliza como terapia de continuación o de mantenimiento, la programación tiene una escala mensual. Su aplicación distingue tres fases, cada una con sus contenidos bien estructurados.

La Psicoterapia Interpersonal cuenta también con un formato para ser llevado como terapia de pareja. Su eficacia en la depresión es similar a la aplicación individual, con la ventaja de mejorar adicionalmente la relación de la pareja (Marcowitz & Weissman, 1995), al igual que ocurría con la terapia conductual de pareja (Prince & Jacobson, 1995).

## **2.7 Depresión y VIH/SIDA**

Aproximadamente entre el 5% y el 10% de la población general sufre depresión. Sin embargo, el índice de depresión en las personas con el VIH puede llegar al 60%.

La depresión es un problema serio para muchas mujeres VIH+. De hecho, estudios demuestran que casi un 60% de las mujeres VIH+ presentan signos clínicos de depresión y hasta un 75% de ellas presentan como mínimo algunos síntomas depresivos. Las mujeres VIH+ tienen un 20% más de probabilidades de tener depresión que los hombres VIH+.

Muchos factores contribuyen al alto índice de depresión entre las mujeres VIH+. Los expertos creen que un bajo ingreso familiar, el uso activo de drogas y de alcohol y el maltrato sexual y físico pueden aumentar el riesgo. El estado de las relaciones y el apoyo social también pueden relacionarse con la depresión.

Aunque los científicos han vinculado la depresión crónica en mujeres con una disminución en las células CD4, la relación específica todavía no es clara. Sin embargo, la depresión clínica es una de las principales causas de no adherencia a los medicamentos anti-VIH.

La depresión puede hacer que las personas se olviden de tomar dosis de los medicamentos. Puede fomentar conductas de alto riesgo que permitan la transmisión del VIH. La depresión puede activar ciertas infecciones virales que estaban latentes.

En términos generales, la depresión puede hacer que el VIH evolucione más rápido. También afecta la capacidad de disfrutar la vida. La depresión se suele pasar por alto. Además, muchos especialistas de VIH no están capacitados para reconocerla. La depresión también se puede confundir con señales de evolución del VIH.

En algunas personas, los cambios en el estilo de vida, como los que se indican a continuación, pueden mejorar el cuadro depresivo:

- Hacer ejercicio físico con regularidad
- Exponerse más a la luz del día
- Controlar el estrés
- Buscar asistencia psicológica
- Mejorar los hábitos de sueño

Ciertos tipos de depresión se tratan mejor con medicamentos. Los antidepresivos pueden interactuar con algunos Antirretrovirales (ARVs.). Se deben utilizar bajo la supervisión de un psiquiatra o infectólogo que esté al tanto del tratamiento anti- VIH. Ritonavir (en Norvir o Kaletra) e Indinavir (Crixivan) son los que más interactúan con los antidepresivos.

Un nuevo tratamiento para la depresión aprobado por la FDA focaliza la estimulación del nervio vago. Un generador pequeño del tamaño de un reloj se implanta debajo de la piel del pecho. Envía una señal a la porción del cerebro relacionado a la ansiedad y el humor.

## **Capítulo 3**

### **AUTOESTIMA**

En el capítulo anterior tratamos el tema de depresión y su relación con el VIH/SIDA. Ahora nos ocuparemos del tema autoestima mencionando algunas definiciones por distintos autores, tipos de autoestima, desarrollo de ésta y la forma en como se relaciona en los pacientes que padecen VIH/SIDA.

#### **3.1 DEFINICION DE AUTOESTIMA**

Es necesario realizar una clarificación conceptual, ya que en muchos trabajos de investigación realizados sobre el autoconcepto y la autoestima, componentes claves para el estudio de la personalidad, se observa cierta confusión conceptual, utilizándose de modo variable, sin criterio aparente, las denominaciones autoconcepto, autoimagen, autoestima, auto - aceptación, etc. (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003) <sup>16</sup>. De forma específica, en cuanto al concepto de autoestima, encontramos también diversidad de definiciones aunque, si bien se puede afirmar que no son estrictamente excluyentes, tampoco se puede decir que sean complementarias. Hay un consenso general en considerar la autoestima como un aspecto o dimensión del autoconcepto y como un modo de orientación hacia el sí mismo, haciendo referencia a través de ella, al valor que el individuo atribuye a su particular descripción de sí mismo. Algunos autores (González y Tourón, 1992) la definen como “la clave del éxito o del fracaso” en todos los ámbitos en los que se desenvuelve la persona.

---

<sup>16</sup> Garaigordobil Landazabal Maite, María Soledad Cruz, José Ignacio Pérez Molero (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. ISSN 0210-9395, Vol. 24

Al igual que se considera a la autoestima como un componente evaluativo/afectivo del autoconcepto, podemos describir que la autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal.

Cabe, hacer una distinción, de acuerdo a Arancibia (2005) entre lo que se entiende por autoestima y lo que se entiende por autoconcepto. El autoconcepto se define como las cogniciones que el individuo tiene, conscientemente, acerca de si mismo. Incluye los atributos, rasgos y características de personalidad que estructuran y se incluyen en lo que el individuo concibe como su yo.

También se suele definir autoconcepto como la imagen que tenemos de nosotros mismos en las dimensiones cognitivas, perceptual y afectiva. De lo anterior se desprende que al autoconcepto, tal como su nombre lo indica, viene a ser un concepto, una percepción que tienen los individuos de diversos aspectos de si mismos. La autoestima, en cambio, se entiende como la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de su autoconcepto, incluyendo las emociones que asocia a ellas y las actitudes que tiene respecto de sí mismo. Es decir, que el autoconcepto vendría a ser el referente de la autoestima de un sujeto.

Por otro lado, Milicic (2001) <sup>17</sup> la conceptualiza como “la suma de juicios que una persona tiene de sí misma; es decir, lo que la persona se dice a sí misma sobre sí misma” (Haeussler y Milicic, 1995) es una de las conductas psicológicas que tiene mayor incidencia en la calidad de vida de las personas, en su productividad y en su salud mental.

Los individuos mantienen una visión de sí relativamente consistente, la que se desarrolla y estabiliza durante la niñez por medio de la interacción con el ambiente y por conductas o actitudes de los otros. Durante la infancia, los principales encargados de fomentar en los niños una autoestima positiva son los adultos, ya que con base en la relación que éstos establecen con los niños y a la opinión que transmiten de su comportamiento los niños van formándose una imagen de quiénes son y de cuáles son las características que los diferencian de las demás personas.

Para Maslow (1954) la autoestima es la base y centro del desarrollo humano, es el respeto a uno mismo; es el conocimiento, la concientización y practica de todo el potencial de cada individuo. Es así que menciona “solo se podrá respetar a los demás, cuando se respeta a uno mismo; solo podemos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos”.

---

<sup>17</sup> Milicic, N. (2001) *Creo en ti: La construcción de la autoestima en el contexto escolar*. Ministerio de Educación. Santiago. Chile.

Según Fitts (1965) autoconcepto y autoestima constituyen un mismo concepto puesto que se refieren a los juicios que una persona emita sobre si misma.

Rosenberg (1965) menciona que la autoestima es el componente evaluativo del autoconcepto influido por las discrepancia entre el self deseado y por el self real. Considera que la autoestima es el valor de las discrepancias del autoconcepto.

De acuerdo a Cattell (1965) la autoestima se refiere a la predisposición adquirida del ser humano a responder hacia sí mismo, lo que repercute en la satisfacción de la mayoría de los intereses del ser en la vida.

Coopersmith (1967) considera que la autoestima no es mas que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia si mismo, es decir, un grupo de cogniciones y sentimientos. Así los componentes del self para dicho autor son los mismos que el de las actitudes: un aspecto cognitivo, que viene a ser el autoconcepto; un aspecto efectivo connotativo, que representa la conducta que se dirige hacia uno mismo.

(Rogers, 1961) considera que la autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de si mismo de los propios actos, valores y conductas

También se puede entender como autoestima a la suma de confianza en el si mismo, como la conciencia que se tiene al evaluar un sentido profundo de la persona, la eficacia de tomar sus propias elecciones, de señalar el curso de su propia vida.

### **3.2 DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA**

Existe una valoración global acerca de sí mismo, que puede traducirse en una percepción de ser querible, valioso y estar contento de ser como se es; o, por el contrario, en un sentimiento de ser poco valioso, no querible y, por lo tanto, un sentimiento negativo y de no – aceptación respecto de uno mismo. Cuando la autoestima global es positiva, permite actuar eficazmente y hacer frente apropiadamente a las dificultades. Cuando es negativa, genera sufrimientos que perturban el actuar de las personas. Existen dimensiones o áreas específicas dentro de la autoestima. (Milicic, 2001).

**Dimensión Física:** Se refiere, en ambos sexos, al hecho de sentirse atractivo físicamente. Incluye también en los alumnos, el sentirse fuerte y capaz de defenderse; y en las niñas, el sentirse armoniosas y coordinadas. A menudo la dimensión física se encuentra, disminuida por el fuerte impacto de los medios audiovisuales en la formación de los estereotipos de belleza, de hombres y mujeres, muy lejano a nuestra identidad.

**Dimensión Afectiva:** Está muy relacionada con la autoestima social, pero se refiere a la autopercepción de características de personalidad, como sentirse: afectuoso o frío, simpático o antipático, pesimista u optimista, etc. Para tener una autoestima afectiva positiva es necesario sentirse explícitamente querido y querible, en forma frecuente, por las personas que nos rodean.

Es importante que los docentes puedan expresar a los alumnos valoraciones positivas de su desempeño.

**Dimensión Académica:** Se refiere a la autopercepción de la capacidad para tener éxito en la vida escolar, específicamente, a la capacidad de rendir bien. Incluye también la autovaloración de las habilidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo, constante, etc. Uno de los aspectos más significativos para desarrollar una autoestima positiva, es saberse y sentirse competente en diferentes aspectos.

Percibirse como capaz de enfrentar una situación con éxito y recibir reconocimiento de los otros, contribuye a generar la sensación de autoeficacia y competencia. Por el contrario, estar expuesto frecuentemente a situaciones de fracaso, genera sentimientos y creencias de no ser capaz y esa sensación inseguriza en el actuar y desenergiza, disminuyendo la capacidad de hacer esfuerzos.

**Dimensión social:** Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir, el sentirse parte de un grupo. También se relaciona con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones. Un estudiante con buena autoestima es asertivo y seguro, no teme expresar sus propias opiniones ni lo que siente y piensa al hablar con otros, mantiene la mirada, o tiene problemas para entablar amistades y le gusta trabajar en grupo.

**Dimensión ética:** Se relaciona con el hecho de sentirse un persona buena o confiable o, por el contrario, mala o poco confiable. También incluye atributos como sentirse responsable o irresponsable, trabajador o flojo. Esta dimensión depende de la forma en que el niño interioriza los valores y las normas, y de cómo se ha sentido frente al adulto cuando las ha transgredido o ha sido sancionado.

### **3.3 DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA**

La autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e incluso, complicados razonamientos sobre uno mismo. El resultado es un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad. El si mismo inicial abarca 3 aspectos principales, que se desarrollan de manera progresiva durante la primera infancia: el si mismo corporal (sensaciones, percepciones y movimientos); el sentido de identidad de si mismo (que se facilita con el uso del lenguaje y del nombre propio); y la estimación de si mismo, (amor por el propio yo).

Conforme se desarrolla el niño, va adquiriendo una sensación de autonomía y de conciencia de ser una persona, perciben como reaccionan los demás hacia el, esta primera impresión del propio yo forma la semilla del sentimiento de la propia valía; si esta es positiva, la idea que el niño tendrá de si mismo será fuerte y sana; experimentara una sensación de bienestar y de valor procedente del hecho de ser captado y amado.

Todo su desarrollo posterior podrá basarse sobre esto cimient. Pero si el niño solo experimenta sentimientos negativos, abandonos y rechazos, empezara a vivir con una sensación de inutilidad.

Todavía no ha desarrollado sus habilidades mentales para contrarrestar las reacciones injustas, irracionales o neuróticas que los demás le demuestren. Aunque las respuestas de las personas significativas para el niño no están basadas en nada real, el niño las aceptara, como si fueran una verdad absoluta e innegable.

Una vez pasada la primera infancia, el niño amplía su experiencia del mundo fuera de su familia. Las respuestas de todos ellos van sumando el complejo concepto de si mismo.

Va perfeccionando sus capacidades mentales y perceptivas y puede comenzar a tener capacidad para valorar las reacciones hacia su persona. Si se es capaz de entender las situaciones difíciles y las posibles consecuencias podrá responder a ellas de manera sana, conservando la sensación de la propia valía, y las bases para la autoestima.

En la edad preescolar la fantasía y la realidad se confunden y aparecen los amigos imaginarios. El niño es egocéntrico. El si mismo se extiende dando pie al sentido de posesión.

En el proceso de integración del sí mismo, el niño llega a conocer lo que sus padres esperan de él y compara esto con la conducta que en realidad exhibe.

En esta etapa se construyen los fundamentos de sus intenciones objetivas, sentido de responsabilidad moral y conocimiento de sí mismo, esto desempeñará un papel predominante de la personalidad.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima. Según Eric Ericsson (1980)<sup>18</sup>, es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firma identidad, es decir, saberse como individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, y su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias potencialidades.

Durante la adolescencia se pasa por una reorganización crítica de la manera de apreciarse a uno mismo con el consiguiente cambio en su autoestima. Además durante esta etapa abundan los cambios drásticos y rápidos como los fisiológicos (sexuales) o psicológicos como nuevos intereses, actividades y valores, por lo que la percepción que el adolescente tiene de sí mismo se ve afectada y su interés por ella se intensifica. Es un periodo de gran ambigüedad, la sociedad no ofrece un conjunto definido de expectativas por un lado se le trata como un niño y por otro como a un adulto.

---

<sup>18</sup> Erikson, Erik H. *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires Ediciones Hormé, 1980

De aquí que surja confusión e inseguridad acerca de sus deberes y responsabilidades sociales al igual que sus derechos y privilegios. (Rosenberg, 1973).

Maslow (1954) ordeno las necesidades humanas en cinco categorías jerárquicas: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y por ultimo de autorrealización. La satisfacción de esas necesidades hace posible que nos preocupemos por la autoestima, necesitamos obtener ese reconocimiento, aprobación y competencia. La autorrealización es la más alta necesidad y la plenitud de la vida. (Rice, 1997).

Otros autores, Clark, Clames y Bean (1993), suponen que la autoestima puede desarrollarse cuando las personas experimentan positivamente cuatro aspectos bien definidos:

- Vinculación. Es el resultado de la satisfacción que se obtiene al establecer lazos afectivos con uno mismo y con los demás que son significativos para ambas partes.
- Singularidad. Es el resultado del conocimiento y respeto que uno mismo siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial, apoyado por el respeto y la aprobación que percibe de los demás.
- Poder. Es la consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en uno mismo para modificar las circunstancias de su vida de manera importante.

- Modelos o Pautas. Son los puntos de referencia que sirven como ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirvan para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

Los lineamientos básicos que enuncia Coopersmith para el desarrollo de la autoestima son: aceptación, respeto, límites y apoyo, los cuales son aplicables en todo momento, principalmente cuando el niño, al tener un problema es aceptado y respetado por la familia, que lo entienden y ayudan para encontrar una solución al conflicto. De esta manera, al sentirse atendido, comprendido y tomado en cuenta, hace que vuelva a sentirse satisfecho con su propia persona y capaz de enfrentar nuevos conflictos.

### **3.4 DETERMINANTES DE LA AUTOESTIMA**

En los determinantes de la autoestima, especialmente los que afectan a la escuela, hay que distinguir niveles diferentes de especificidad. Igual que sucedía con el autoconcepto, la autoestima global hay que distinguirla de la académica (esto es, auto sentimientos con respecto a la capacidad en trabajo escolar u operación académica) y, dentro de ésta, hay que separar los niveles específicos, como matemáticas, lengua o ciencia. Además, se ha comprobado que los determinantes de cada uno de estos niveles son distintos. Tres aspectos de las experiencias escolares han sido examinados por su influencia sobre la autoestima: el nivel socioeconómico, el clima de la escuela y la influencia de los profesores.

**Autoestima, logro académico y estatus socioeconómico:** Muchos profesores suelen atribuir los problemas académicos y conductuales de sus alumnos, sobre todo cuando se trata de escuelas situadas en barriadas marginales, al hecho de que se sientan mal consigo mismos, presentando una baja autoestima que refleja su posición deprimida en la sociedad.

Esta afirmación es acorde con la teoría del modelado de Bandura (1986), el niño compartirá y reflejará a través de la imitación de los otros en su ambiente inmediato y más concretamente con los padres.

**Autoestima y clima escolar:** El clima de la escuela se puede definir como las percepciones de los estudiantes con respecto a normas de conducta, motivaciones y actitudes en general. A continuación se presentan algunas conclusiones de trabajos relacionados con la influencia del clima escolar en la autoestima: La autoestima de los alumnos aumenta cuando perciben claramente que el clima escolar permite la autonomía y la iniciativa. El clima escolar que implica al estudiante en elecciones y autoexpresiones creativas parece asociado a una autoestima más alta (Purkey y Novak, 1984).

**Influencia del profesor sobre la autoestima:** La investigación que examina los efectos del profesor sobre la autoestima ha destacado la importancia de una serie de variables:

a) La mayor implicación del profesor en las actividades escolares y la prestación de apoyo por su parte presentan una asociación positiva con la autoestima global de los estudiantes.

b) La importancia que el profesor da al orden, la organización y la innovación también correlacionan positivamente con la autoestima global.

c) El control estricto ejercido por el profesor sobre los alumnos está asociado inversamente con autoestima académica.

d) Existe una relación significativa entre la autovaloración de los estudiantes y sus percepciones con respecto a si sus profesores les dan autonomía en el trabajo escolar.

### **3.5 AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y RENDIMIENTO ESCOLAR**

Uno de los recursos internos sobre los cuales existe mayor consenso en cuanto a su relación con el rendimiento académico es la autoestima de los alumnos. La autoestima, en general, ha sido definida como la valoración que las personas hacen de sí mismas ( Haeussler y Milicic, 1995), relacionada con el sentido de identidad, seguridad y confianza, propósito y sentido de competencia (Reasoner, 1990). Así, no es raro que exista una fuerte asociación entre esta variable y el rendimiento escolar, si consideramos la importancia que pueden tener las experiencias escolares en la autovaloración de un niño y si tomamos en cuenta, por otro lado, que un niño con una alta autoestima tendrá una sensación de competencia, la cual le permitirá enfrentar los desafíos escolares con confianza y creatividad (Milicic, 1995). Aquellos niños con mayor autoestima, mejor autoconcepto académico son quienes tienen también un mejor rendimiento.

Así por ejemplo, tenemos que, en un estudio sobre el arte realizado por Vélez (1993) sobre los factores asociados al buen rendimiento académico, la autoestima apareció con una relación positiva significativa con rendimiento en 7 de los 14 estudios revisados.

Sin embargo, los múltiples estudios realizados al respecto se cuidan al señalar una dirección causal: aunque es posible que un desarrollo afectivo bueno eleve el rendimiento de los escolares, también es razonable pensar que un niño con buen rendimiento tendrá más probabilidades de tener un autoconcepto elevado.

Según Coopersmith (1959, 1967), la elevación de la autoestima supone modificar el juicio de escasa valía personal y, consecuentemente, el rendimiento. La relación entre autoestima y rendimiento es consistente en la mayoría de las investigaciones. La autoestima puede mejorar el rendimiento, pero también ocurre lo contrario. El rendimiento o una mejor habilidad en el estudio elevan la autoestima.

La asociación entre autoestima y rendimiento académico la encontramos en los planteamientos de Milicic (2001). Éste, plantea la urgencia de enfocarse en la construcción de la autoestima, principalmente en niños y adolescentes, dado que “es una de las conductas psicológicas que tiene más incidencia en la calidad de vida de las personas, en su productividad y en su salud mental”

(Pág. 56) <sup>19</sup>. La razón de esta afirmación radica en que una mayor autoestima se asocia con una mayor tolerancia a la frustración, es decir, la capacidad de aceptar y responder adecuadamente frente a una situación de fracaso, principalmente en el área académica.

El autoconcepto se entiende como la percepción positiva o negativa que tiene una persona de las experiencias previas, de ser objeto de consideración por parte de los demás y de los testimonios de ciertas personas que ocupen un papel importante en su vida.

El autoconcepto en la infancia y la adolescencia puede estar especialmente condicionado por la imagen corporal ya que, la primera impresión que se tenga de los otros es a través de la apariencia física lo que es mayormente dado en la adolescencia.

Cabe mencionar que la relación del autoconcepto con la autoestima de una persona en primer lugar es porque las personas habitualmente no diferenciamos esta relación de modo consciente, es decir, no reflexionamos sobre si determinado rasgo o característica personal es positivo o negativo, sino que directamente la mayoría de las autoconcepciones ya están asociadas a una valoración, en segundo lugar porque muchas de las características personales ya implican en si una valoración, se trata por ejemplo de considerarse inteligente, simpático o atractivo.

---

<sup>19</sup> Milicic, N. (2001) Creo en ti: La construcción de la autoestima en el contexto escolar. Ministerio de Educación. Santiago. Chile.

En consecuencia la distinción entre autoestima y autoconcepto constituye un aspecto más del ámbito teórico que del práctico, cuestión que ha quedado patente también en los diversos esfuerzos para efectuar una medición de autoconcepto y de la de autoestima.

Para Cooley (1909) existen tres momentos fundamentales en el desarrollo del concepto de si mismo:

- Imaginación de lo que mi apariencia representa para los demás.
- Imaginación del juicio valorativo que los demás hacen de mi apariencia positiva o negativa.
- Algún sentimiento resultante de si mismo, orgullo, satisfacción personal, si uno imagina que el juicio de los demás es positivo; humillación, temor, etc.

Así el desarrollo del autoconcepto se produce a partir de las respuestas de los demás, no de la verdadera respuesta sino que se imagina la persona. Esta imaginación será real si el individuo con todas sus consecuencias independientemente de que lo sea o no. (pp. 43,44.)<sup>20</sup> .

---

<sup>20</sup> Cooley, C. H. (1909). Human nature and the social order. New York: Scribner

### **3.6 TIPOS DE AUTOESTIMA**

#### **Autoestima alta**

La autoestima alta se manifiesta cuando las personas se valoran positivamente y están satisfechas con sus habilidades y acciones, estas personas tienen confianza en si mismas, conocen cuales son sus puntos fuertes y hacen uso de ellos; saben identificar sus puntos débiles, por lo que intentan mejorarlos siendo la critica que se hacen a si mismos. (Branden 1995).

La autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante; es también reconocer las propias limitaciones y debilidades y sentir orgullo sano por las habilidades y capacidades, tener confianza en la naturaleza interna para tomar decisiones. Todo ser humano tiene momentos difíciles, cuando el cansancio le abruma, los problemas se acumulan y el mundo y la vida le parecen insoportables. Una persona con autoestima alta toma estos momentos de depresión o crisis como un reto que pronto superara para salir adelante con éxito y mas fortalecida que antes, ya que lo ve como una oportunidad para conocerse aun mas y promover cambios. (Branden 1995).

#### **Autoestima Baja**

La autoestima baja se presenta en las personas cuando existe una gran diferencia entre como sienten que son y que les gustaría ser. Cuantas mas áreas del niño o niña estén afectadas por esta forma de valorarse peor será su evaluación global. Quizá un niño o niña obtenga muy buenos resultados académicos, pero si eso no es muy importante para el o ella, no tendrá mucho valor.

En cambio, si lo que realmente considera importante es ser aceptado por un grupo de personas y es sistemáticamente rechazado, llevara a cabo cualquier tipo de conducta para pertenecer a dicho grupo.

En este tipo de autoestima predominan los pensamientos negativos, la voz acusadora es la dominante. (Branden 1995).

Las personas con autoestima baja no desarrollan sus posibilidades adecuadamente, piensan que son personas que no valen la pena, llenas de defectos, que no son dignas de que alguien los ame. Por ello se encierran en si mismas, están tristes y no tienen ganas de vivir.

Sin embargo se hablan de tres formas de autoestima:

- Autoestima Alta (Normal): La persona se ama, se acepta y se valora tal cual es.
- Autoestima Baja: La persona no se ama, no se acepta y no se valora en sus cualidades.
- Autoestima Inflada: La persona se ama más que a los demás y valora exageradamente sus cualidades.

### **3.7 LOS PACIENTES CON VIH/SIDA Y SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA**

El diagnóstico de VIH/SIDA causa en el enfermo diversos estados emocionales desde la notificación o reconocimiento de la enfermedad hasta la muerte. El adaptarse a la enfermedad es difícil y dependerá de varios factores: su capacidad de enfrentar la enfermedad, su estabilidad emocional, el apoyo de la familia y/o de sus amigos, del tratamiento adecuado y oportuno, la marginación de la sociedad.

Algunos elementos que hemos observado, en pacientes infectados con el virus del VIH son los siguientes:

Ansiedad. Puede causar una especie de entumecimiento y distancia emocional.

Demencia. Existe una clase de demencia llamada Encefalopatía del SIDA, o Demencia Compleja del SIDA, la cual es muy común entre las personas con un grado avanzado de la enfermedad, tienen problemas para pensar con claridad y pueden tener falta de concentración, pérdida de memoria, aislamiento social, pensamiento lento, poco tiempo de concentración, coordinación deficiente, problemas visuales.

Otras características que pueden darse en pacientes con VIH/SIDA es una autoestima baja manifestado porque:

- Piensan que no pueden, que no saben nada.
- Son aisladas y casi no tienen amigos
- Evitan participar en las actividades que se realizan en su centro de estudio o en su trabajo.
- Temen hablar con otras personas
- Manejan mucho sentimiento de culpa
- Son pesimistas
- Siente que no controla su vida

Estos trastornos se manifiestan cuando el paciente nota que su enfermedad avanza o se enfrenta a la pérdida de un ser querido o al rechazo cuando conocen su estado.

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas presentan una gran variedad de cambios psicológicos que incluyen la perspectiva de pérdida real y anticipada, disminución de la calidad de vida, miedo al deterioro físico y, finalmente, la muerte.

Todo esto merma su autoestima y disminuye su calidad de vida, porque a estos síntomas se agregan los propios del avance de la enfermedad; es fácil comprender que concluyan que la muerte es una opción.

Anteriormente se hablaron de las dimensiones de la autoestima ahora lo enfocaremos con nuestra investigación:

En lo referente a la dimensión afectiva: algunos pacientes con VIH/SIDA se ven desvalorados, no se aprecian y consideran que sus familiares y amigos los han abandonados, así como mostrarse pesimistas ante la vida. Es necesario abordar a las personas que padecen dicha enfermedad con un trato digno y proporcionarles la atención que requieren con la finalidad de elevar su calidad de vida.

Dimensión Física: Regularmente las personas que padecen VIH/SIDA son mas delgadas, debido a los medicamentos que toman, o su estatura no es la misma, y por otro lado los medios de comunicación hacen estereotipos de cómo vestirse y dar una apariencia a la sociedad. Resulta de gran importancia hacer notar sus cualidades que tienen, esto con la finalidad de sentirse bien consigo mismos.

Dimensión Académica: en este aspecto se refiere a los niños y adolescentes que se encuentran estudiando, en algunas ocasiones llegan a no concluir sus estudios debido a las faltas que acumularon y estas debido a la que asisten periódicamente a sus consultas médicas. Es importante generar seguridad y confianza en los niños y adolescentes de tal manera que se sientan motivados.

Dimensión Social: Se considera que lo que llega a perjudicar al paciente infectado no es propiamente la enfermedad sino el ser etiquetado y rechazado por la sociedad, es decir el no entrar en un grupo, tener el sentido de pertenencia.

Se establecen algunos comportamientos en los cuales las personas que viven con el VIH/SIDA, puedan desarrollar una autoestima:

- **Conciencia:** Su característica esencial es la conciencia que tiene de sí, de sus capacidades y potencialidades, así como sus limitaciones, las cuales tiene que aceptar sin negarlas.
- **Confianza:** autoestima es también confianza en uno mismo en las fuerzas positivas con las que cuenta para abordar día a día su enfermedad.
- **Responsabilidad:** el que vive desde una autoestima fortalecida asume responsabilidad por su enfermedad, sus actos y sus consecuencias que estas generan, no buscare culpables sino soluciones.
- **Autonomía:** en este sentido la persona tiene la capacidad de actuar, decidir y enfrentar la vida como una oportunidad y no como un fracaso.

Las personas que padecen la enfermedad pueden mejorar su autoestima y por consiguiente su calidad de vida.

## **Capítulo 4**

### **RENDIMIENTO ACADEMICO**

En el presente capítulo hablaremos sobre el rendimiento académico mencionando algunas definiciones por diversos autores, algunos aspectos que determinan el rendimiento académico y su relación en pacientes que padecen VIH/SIDA.

#### **4.1 RENDIMIENTO ACADEMICO**

Existen teorías que consideran que el rendimiento académico se debe a la inteligencia; sin embargo, lo cierto es que ni siquiera en ese aspecto intelectual del rendimiento, la inteligencia es el único factor. Al valorarse el rendimiento académico deben tomarse en cuenta otros factores como la familia, la sociedad y el ambiente escolar en el que se desenvuelve el alumno.

Alves y Acevedo (1999: 81) <sup>22</sup> asumen que el rendimiento académico “es el resultado del proceso de aprendizaje, a través del cual el docente en conjunto con el estudiante puede determinar en que calidad y cantidad. El aprendizaje facilitado, ha sido interiorizado por este último. Es una situación que refleja de un aprendizaje en términos de logros, implica una modificación de la conducta del estudiante que obedece no solo al crecimiento, sino a factores internos del individuo.”

---

<sup>22</sup> Alves, Elizabeth y Acevedo, Rosa (1999). La evaluación cuantitativa. Valencia, Venezuela. Ediciones Cerimed.

Como muchos investigadores han afirmado, la educación escolarizada es un hecho intencionado, todo en términos de calidad de la educación, todo proceso educativo busca mejorar el aprovechamiento del alumno, pero en muchas ocasiones el resultado no es el esperado. Es por eso que se han buscado formas de medir el rendimiento académico, de forma cuantitativa, con el fin de lograr la calidad educativa.

El rendimiento académico es un indicador del nivel de aprendizaje alcanzado por el alumno, es por esto que el sistema educativo le da mucha importancia a este indicador. En este sentido el rendimiento académico se convierte en una tabla imaginaria de medida para el aprendizaje logrado en el aula, que constituye el objetivo central de la educación.

Para Kaczynska<sup>23</sup>, el rendimiento académico “es el fin de todos los esfuerzos y todas las iniciativas escolares del maestro, de los padres, de los mismos alumnos, el valor de la escuela y el maestro juzga por conocimientos adquiridos por los alumnos”. (1998).

El rendimiento académico según Nérici (1984: 461)<sup>24</sup> es lo que el alumno adquirió durante un periodo de estudio, siempre con referencia a una asignatura, o a un área de conocimiento.

---

<sup>23</sup> Kaczynska, M. (1986). El rendimiento escolar y la inteligencia. Buenos Aires: Paidós

<sup>24</sup> Nérici I (1984) Hacia una didáctica grupal dinámica (Trad. J Ricardo Nervi) Edit. Kapelusz, Argentina.

Por otro lado el rendimiento académico según Pizarro y Clark (1998 p.18) <sup>25</sup> “es una medida de la capacidad de respuesta del individuo, que expresa en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como resultado de un proceso de instrucción o formación”.

Los mismos autores ahora desde la perspectiva del alumno definen al rendimiento como la capacidad de respuesta que tiene un individuo, a estímulos, objetivos y propósitos educativos previamente establecidos.

Después de realizar un análisis del concepto de rendimiento académico, se puede decir que el alumno es el responsable de su desempeño escolar, pero que todos los factores que giran alrededor de él influyen en éste.

Como se sabe, para medir el rendimiento académico es a través de la calificación la cual se adjudica en función de logro de los objetivos de aprendizaje, con esto el profesor evalúa el conocimiento mediante pruebas que dan como resultado que se asigne una calificación al conocimiento obtenido por los alumnos.

Entonces la calificación representa la evaluación final del maestro y el trabajo realizado por el alumno. Esta a su vez, es solamente un promedio aritmético que representa una valoración parcial y/o final del docente. Esta puede evaluarse de distintas formas como: exámenes, trabajos, reportes etc.

---

<sup>25</sup> Pizarro, R. y Clark, S. (1998). Currículo del Hogar y aprendizajes educativos. Interacción versus status. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. 7, 25-33.

Citaremos dos definiciones de calificaciones. La primera afirma que la “calificación se refiere a la asignación de un número (o letra) mediante el cual se mide o determina el nivel de aprendizaje alcanzado por un alumno.” (Zarzar: 2000; 37)<sup>26</sup>.

La segunda entiende a la calificación “como proceso de juzgar el desempeño de los alumnos comparándolo con alguna norma del buen desempeño”. (Aisrasian: 2003:172)<sup>27</sup>

Según Zarzar (2000) cuando se habla de evaluación, se refiere a evaluar el proceso de enseñanza- aprendizaje, es decir, analizar si este fue efectivo para el logro de los objetivos planteados.

Dentro de esta postura, es importante mencionar que la calificación, se determina en función del logro de la totalidad de los objetivos de aprendizaje, o sea la calificación debe basarse en varias clases de datos válidos y confiables, recurrir a diversos tipos de información y no solo a uno, pues así el estudiante tendrá mayores oportunidades de mostrar su aprovechamiento.

Por otra parte se torna objetiva, cuando el profesor se apoya en una serie de instrumentos que exigen una respuesta única.

---

<sup>26</sup> Zarzar Charur, Carlos (2000) La Didáctica Grupal. Edit. Progreso, México.

<sup>27</sup> Aisrasian, Peter W (2003) La evaluación en el salón de clases. Edit. Mc Graw Hill, México.

Zarzar (2000), establece que la calificación debe perseguir dos objetivos: el primero de ellos que refleje los logros alcanzados en el aprendizaje, y el segundo que sirva de estímulo al alumno para que adquiera o desarrolle un aprendizaje.

Zarzar (2000), menciona que una calificación representa la evaluación final dada por el profesor al trabajo desempeñado por el alumno, pero la forma en como se determina la calificación es diversa.

La calificación puede fundamentarse en exámenes, trabajos, tareas, etc. O bien en un juicio subjetivo del maestro ya que en ocasiones la calificación esta determinada únicamente en este último y no en formas objetivas.

Con lo que se mencionó anteriormente, se pretende decir, que la calificación significa analizar si el proceso de enseñanza-aprendizaje fue efectivo para el logro de los aprendizajes planteados y si en verdad se consiguió que los alumnos aprendieran lo que en un principio se esperaba.

#### **4.2 La calificación y rendimiento escolar**

La mayoría de las personas interpretan las calificaciones como indicadores del dominio de los temas y de las conductas que se enseñan en el curso. Y desafortunadamente no toman en cuenta el esfuerzo, la conducta, el interés, la motivación y aspectos similares, como indicadores o componentes de las calificaciones.

Para esto, se crearon unas frases de suma importancia, “dime como das la clase, y te diré lo que aprenden tus alumnos”. Y se completa con lo siguiente “Dime como calificas y te diré que aprenden tus alumnos”.

Es cierto que las calificaciones no deben basarse demasiado en la conducta, en el interés, ni en la asistencia, pero tampoco deben servir para castigar alumno por problemas de conductas.

Desafortunadamente muchos de los profesores han aprendido que la calificación es el aspecto mas importante en el proceso enseñanza-aprendizaje y por lo general los alumnos están dispuestos hacer lo que sea necesario para obtener una buena calificación.

Para los docentes, la calificación debe reflejar el logro de los aprendizajes que se han transmitido al alumno. Y por otro lado, se usa como un estímulo para que el alumno adquiera y desarrolle esos aprendizajes. Con esto lo único que se pretende con las calificaciones es verificar que el alumno es capaz de realizar cualquier trabajo educativo que se le pida.

### **4.3 Aspectos que determinan el rendimiento académico**

Existen diversos aspectos que influyen en el rendimiento académico, se han comprobado que son muy importantes para ayudar al estudiante a desarrollarse, aprender y tener éxito en la escuela y otros ambientes, estos a su vez, son los responsables de cumplir las necesidades del alumno y al no tenerlos causan que no pueda desenvolverse adecuadamente en el ámbito educativo.

#### **Aspectos de personalidad**

Las características de cada individuo, llevan consigo una serie de mejoras en su rendimiento académico; por lo que si se conoce a la persona en todas sus manifestaciones sociales, psicológicas, biológicas se comprenderá el proceso de enseñanza-aprendizaje para su rendimiento académico.

El ser humano se le considera como un todo donde se desarrolla de manera integral, los aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Según el autor (Avanzini, 1985:25) “el éxito escolar fracasa si su personalidad ha sufrido constreñimiento que lo hayan impuesto”.

#### **Rasgos de Personalidad**

De acuerdo Tierno (1993), la estabilidad del medio familiar tiene una marcada influencia en el rendimiento académico del niño.

Los niños que sufren falta de atención y aceptación paternas desarrollan sentimientos de inseguridad, por lo tanto, sienten falta de apoyo ante las situaciones escolares que se les presentan.

La personalidad de cada individuo se forma dentro del seno familiar. Las vivencias que tuvo una persona durante la niñez, son aspectos que penetran profundamente en su estructura psicológica y se manifiesta posteriormente en ciertas características en su forma de ser y actuar.

### **Condiciones físicas**

Las condiciones fisiológicas y de salud en las que se encuentre el estudiante, influye de manera importante en su rendimiento académico.

Cuando los padres envían a los niños a la escuela aun convalecientes de laguna enfermedad infecciosa, con el pretexto de que “no se atrasen en sus estudios”, lo que logran es que el niño se fatigue fácilmente y reaccione agresivamente a todo lo relacionado en la escuela.

En cuanto al caso de de defectos físicos, puede ser que éstos conviertan a los niños en objeto de burlas de sus compañeros, la cual crea sentimientos de inferioridad, que lo harán muy difícil integrarse al grupo.

Con lo dicho anteriormente, se puede decir, que el tomar en cuenta las condiciones físicas del alumno, ayudara a elevar el rendimiento académico de los educandos.

Otro aspecto importante a considerar es la alimentación. “Un niño subalimentado no puede desarrollar una labor escolar eficiente” mas adelante

esto provoca una baja de azúcar en la sangre (hipoglucemia) que determina en el niño un estado de somnolencia y desatención general (Tierno 1993:36)<sup>28</sup>.

### **Capacidad intelectual**

Desde tiempos antiguos se considera un fracaso intelectual al alumno cuyas calificaciones son generalmente inferiores a la media. Sin embargo estas no reflejan el valor objetivo del rendimiento escolar pero, sirven para medir en que grado el alumno retiene los contenidos que se le están proporcionando.

Teóricos afirman que “la inteligencia escolar es el conjunto de habilidades cognitivas y verbales que procesan, integran y organizan el aprendizaje y toda experiencia escolar y lo van relacionando con los aprendizajes y experiencias anteriores”. (Pizarro: 1998).

La inteligencia es un concepto que se refiere al conjunto de habilidades cognitivas y verbales que integran y organizan el aprendizaje y las experiencias escolares, por las que pasa cada individuo en su etapa escolar.

Cuando el alumno aprende todo de memoria, puede provocar que se bloquee y ya no organice el saber, esto trae como consecuencia, que entre más memorice, menos sepa de lo que se le pregunta.

---

<sup>28</sup> Tierno, B. (1993) Del fracaso al éxito escolar. Barcelona: Plaza & Janés.

En la actualidad los profesores creen que uno de los signos de inteligencia es la rapidez y la seguridad que posee el alumno, sin tomar en cuenta que la mayoría de las ocasiones el educando aprende por medio de la memorización, lo cual da como resultado la confianza del alumno, sin comprender el significado del texto que esta revisando.

Se puede considerar que los alumnos, con una capacidad intelectual alta tienden al aprovechamiento de los conocimientos que ofrecen los maestros a diferencia de un estudiante retardado o con retraso de sus capacidades intelectuales.

### **Actitudes**

En la mayoría de las ocasiones, las personas piensan o creen que cuando un alumno esta aprobado tiene éxito escolar. Por otro lado, hay alumnos que aunque obtengan buenas calificaciones, son considerados como fracasados, porque sus resultados en el contexto practico, son muy inferiores a los que ellos mismos esperaban.

Todas las actitudes por parte del maestro y del alumno, influyen de forma significativa en el rendimiento académico del alumno.

Las actitudes “son aquellas cosas que nos gustan o lo que nos disgustan”. Son nuestra afinidad y aversión a hacia los objetos, situaciones, personas, grupos o cualquier otro aspecto identificable en nuestro ambiente”.

#### **4.5 AUTOESTIMA**

Los factores motivacionales influyen de manera significativa para que un estudiante tenga un buen rendimiento académico. Este no solo puede afectar la probabilidad de que el alumno se comporte de manera académicamente aceptable, sino también pueden influir en forma negativa en el desempeño académico del alumno.

Cuando un alumno obtiene buenas calificaciones eleva de manera significativa su auto estima, pero por el contrario, cuando no obtiene los resultados esperados, son notables las consecuencias en el estudiante. Es por ello, que es muy importante asegurar que el estudiante realice con optimismo las actividades académicas, por que estas son, las que pueden constituir a que el alumno incremente la confianza en si mismo y en un futuro la probabilidad de éxito.

#### **Motivación**

Motivar en la escuela significa proporcionar motivos, es decir, estimular la voluntad de aprender. Los propósitos perseguidos mediante el manejo de la motivación pueden ser:

1. Despertar el interés en el alumno y dirigir su atención.
2. Estimular el deseo de aprender que conduce al esfuerzo.
3. Dirigir estos intereses y esfuerzos hacia el logro de fines apropiados y la realización de propósitos definidos.

Debemos tomar en cuenta que la motivación también implica dos términos similares pero no iguales: el motivo y la motivación. Describimos el motivo como algo permanente que explica la dirección, elección, intensidad y persistencia de la acción, las cuales dependen de la disposición existente en la persona; y definimos la motivación como la activación del motivo para actuar en una determinada dirección, tomando en cuenta el ambiente físico y social en el que se desenvuelve el individuo.

Como dice Atkinson debemos buscar el éxito (o esperanza de éxito) y otro evitar el fracaso, (o miedo al fracaso).

### **Buscar el éxito**

El éxito trae consigo sentimientos de orgullo, de ser competente. La habilidad parte de dos elementos, la capacidad y el esfuerzo ambos relacionados con el éxito de la tarea.

El niño experimentará éxito y satisfacción por el resultado, pero no por la habilidad propia, y antes de los dos años y medio no hay sensación de fracaso, a los tres años y medio, los niños ya manifiestan reacciones de orgullo ante el éxito o pena ante el fracaso y los ligan con su propia habilidad.

Así pues las personas motivadas hacia el éxito se desaniman menos por los fracasos. Por lo tanto, la motivación hacia el éxito es la confianza en la propia capacidad, el saber que puede.

## **Evitar el fracaso**

El fracaso se explica como producto de una carencia de esfuerzo o capacidad. Los alumnos en ocasiones sienten temor a realizar las tareas, evitando así la pena o vergüenza que provoca el fracaso, no se animan a realizarlo, ni siquiera a intentarlo.

Es decir, dudan de ser capaces, por la falta de confianza en su propia capacidad, por lo general arrastran una historia personal de fracasos y son reconocidos como personas torpes e ineficaces de realizar tareas, buscan tareas demasiado fáciles, se justifican o bien, realizan tareas intrascendentes y viven la actividad con la angustia.

## **4.6 HABITOS DE ESTUDIOS**

En términos generales los hábitos de estudio son las habilidades que el alumno va adquiriendo a lo largo de su etapa escolar, para facilitar el aprendizaje y realizar las actividades que le presentan los profesores.

Por otro lado, muchas personas piensan que deberían existir cursos que enseñen a estudiar de manera más eficiente, y con este se desarrollarían habilidades para estudiar y como consecuencia, los alumnos elevarían su rendimiento académico.

#### **4.7 Relación entre Rendimiento Académico y pacientes con VIH/SIDA**

Los niños con VIH pueden ir de manera normal a la escuela, no hay factores donde puedan infectar a otros niños, sin embargo tienen que tomar ciertas precauciones y cuidados. Por ejemplo, en el caso de las infecciones respiratorias son los compañeros los que pueden infectar a ellos, esto debido a su sistema inmunológico que es más susceptible a cierto tipo de enfermedades.

Por ejemplo, en un estudio de niños y adolescentes de 13 a 18 años de edad con uno o ambos progenitores infectados por el VIH en el instituto de microbiología se observó una disminución de la asistencia a la escuela del 26%, y una baja del rendimiento educativo del 28% (Gilborn *et al.* 2001) <sup>29</sup>.

Los niños huérfanos suelen tener más probabilidades de abandonar la escuela o repetir cursos. Según un análisis del UNICEF de las encuestas agrupadas de indicadores múltiples (MICS) y las Encuestas Demográficas y de Salud de 1997 a 2001, los huérfanos de 10 a 14 años de edad de los 14 países estudiados tenían menos probabilidades de estar escolarizados que los niños de igual edad con ambos padres vivos o aquellos que vivían con el padre o la madre.

Los niños y adolescentes que viven con el VIH o procedentes de hogares en que uno o más miembros de la familia están afectados padecen a menudo la estigmatización y discriminación de sus compañeros y maestros, o de los padres y comunidades que a veces han impugnado enérgicamente la idea de

---

<sup>29</sup> Gilborn L. et al. 2001. Making a Difference for Children Affected by AIDS: Baseline Findings from Operations Research in Uganda. USAID/Population Council

que esos alumnos se encuentren en la misma aula y tengan los mismos derechos que los otros niños.

Se han documentado numerosos ejemplos de niños afectados por el VIH que padecen diversas formas sutiles y más obvias de violencia, desde el rechazo, los insultos y la agresión física, pasando por no poder participar en la educación física ni compartir los servicios sanitarios, hasta la denegación de la educación.

Las niñas que padecen VIH/SIDA tienen menos probabilidades que los niños de ir a la escuela por las siguientes razones:

- Es más probable que los padres destinen una parte de sus limitados recursos económicos a la educación de sus hijos varones.
- Muchas familias no comprenden los beneficios que resultan de educar a sus hijas, cuyo papel a menudo se percibe como el de prepararse para el matrimonio, la familia y las responsabilidades domésticas.
- En muchas comunidades las niñas están ya en desventaja por lo que se refiere a condición social, falta de tiempo libre debido a la elevada carga de las tareas domésticas, limitado acceso a los recursos e incluso falta de alimentos.
- La carga de atender a los familiares enfermos y hermanos pequeños suele recaer sobre las niñas, lo cual reduce su capacidad de asistir a la escuela; este problema es más pronunciado en las sociedades afectadas por el SIDA.

Ahora bien se han observado un bajo rendimiento académico y encontramos algunas posibles causas:

- Condiciones fisiológicas: en ocasiones los niños que padecen VIH/SIDA no presentan las condiciones fisiológicas normales para el aprendizaje, esto es, algún órgano o sentido que no se haya desarrollado o en su defecto presentar algún tipo de discapacidad.
- Ausentismo escolar: esto es debido a que en ocasiones los niños que presentan VIH/SIDA realizan constantes visitas al médico, ya sea por una enfermedad o una revisión general ocasionando la pérdida de algunas clases importantes obteniendo un bajo rendimiento académico.
- En algunos casos requieren de educación especial debido a que presentan problemas como: lento aprendizaje o algún tipo de retraso mental a causa de la enfermedad que padecen.

De esta forma concluimos que dentro del rendimiento académico es importante tomar en cuenta los factores antes mencionados para el desarrollo de los alumnos y sobre todo en los pacientes que padecen el VIH/SIDA. Es decir se requiere de una formación integral para una buena formación de los alumnos.

## **Capítulo 5**

En el presente capítulo se describe todo lo referente a la metodología, es decir, el tipo de estudio que se utilizó, los instrumentos aplicados, sujetos así como las limitaciones de esta investigación.

### **METODOLOGÍA**

#### **5.1 Planteamiento del problema**

Desde que se describió el primer caso de SIDA en niños se han producido grandes cambios en el tratamiento médico que han prolongado la vida y la calidad de vida de los niños con infección por VIH/SIDA. En los últimos años se ha tratado de profundizar el conocimiento acerca de los trastornos psicológicos que presentan los pacientes, los cuales aún viven con el estigma que acompaña a la enfermedad.

La Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC, en estudios del 2003 ha encontrado distintos problemas asociados con frecuencia a la infección por VIH/SIDA en niños afectando diferentes áreas de su vida.

De esta manera, la presente investigación se propone como pregunta:

**¿Cómo es la vivencia y cuáles son los efectos psicológicos del VIH/SIDA en los niños que la padecen?**

## **JUSTIFICACION**

La importancia del tema trasciende los intereses personales. La depresión justifica por sí misma un estudio de estas características ya que es uno de los problemas psicológicos que con más frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual.

En los niños que presentan VIH/SIDA sabemos que también presentan distintas alteraciones tanto a nivel psicológico como fisiológico en diferentes esferas de la vida.

La presente investigación tiene por objetivo la comprensión del problema, y cuyas aportaciones pueden ser empleadas para concientizar a la sociedad y así mismo para realizar mayor investigación y proponer nuevas alternativas que puedan mejorar la calidad de vida en los niños con VIH/SIDA.

### **Objetivo General**

- Conocer los efectos psicológicos que provocan el hecho de que los niños padezcan VIH/SIDA.

### **Objetivos Específicos**

- Analizar si los niños que padecen VIH/SIDA presentan un alto nivel de depresión.
- Analizar si los niños que padecen VIH/SIDA se presenta una baja autoestima.
- Analizar si en los niños que padecen VIH/SIDA presentan un bajo rendimiento académico.

## 5.2 MARCO TEORICO

La depresión es un fenómeno que afecta de manera creciente a una gran cantidad de personas en nuestros días.

La teoría del comportamiento estudia las relaciones funcionales entre las respuestas o conductas externas y los estímulos que las provocan, controlan o mantienen.

El primer intento de un análisis conductual de la depresión esta contenido en el libro de Ciencia y Conducta Humana de Skinner (1953), en el cual se define a la depresión como un debilitamiento de la conducta, debido a la interrupción de secuencias de conductas que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social.

Aplicando el termino “reforzamiento” a la depresión, Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) elaboraron varias hipótesis. La hipótesis inicial estableció que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento es definido por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente. Aquellas interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto, la conducta de las personas, siempre y cuando dichos resultados sean positivos.

Desde el punto de vista cognitivo-conducta: para Seligman (1975), postula que la depresión se desarrollaría un estado de indefensión aprendida. En el la persona se percibe a si mismo sin ningún control sobre las situaciones externas lo que le ocasiona vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza.

El desamparo aprendido es un fenómeno de laboratorio observado cuando unos perros fueron expuestos a un trauma incontrolable.

Los fenómenos principales del desamparo aprendido son: 1) la pasividad, 2) un retardo en el aprendizaje; 3) la carencia de agresividad y competitividad; 4) la pérdida de peso y bajo consumo de comida. El antecedente crítico para la aparición del desamparo aprendido no es el “trauma” (por ejemplo, recibir choques eléctricos) en si mismo sino la carencia de control sobre el evento traumático. De esta manera, los sujetos deprimidos se considera que están en situaciones en las cuales sus respuestas y el reforzamiento son independientes. La recuperación de la creencia de que la respuesta produce reforzamiento es el cambio de actitud crítico que, se hipnotiza, cura la depresión.

Por su parte, Rehm (1977) propone la teoría del “auto-control” de la depresión en la cual la auto-evaluación negativa, las bajas tasas de auto-reforzamiento y las altas tasas de auto-castigo producen bajas tasas de conducta. Propone 3 procesos como los más importantes para mejorar el auto-control: el auto-monitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento. Así, Rehm sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos de tal manera que los toman como criterios para hacer su auto-evaluación, produciendo que utilicen altas tasas de auto-castigo en combinación con una baja de auto-recompensas.

Por otro lado Beck (1982), en su teoría cognitiva de la depresión, da relevancia a la estructura del comportamiento depresivo y a los contenidos negativos del mismo.

Plantea que la historia previa de experiencias, crea esquemas cognitivos, los cuales temporalmente pueden estar inactivos pero ante una nueva experiencia, pueden entrar en funcionamiento e influir en los pensamientos. De tal modo que la persona deprimida se ve a si misma, al entorno y al futuro de una manera negativa y sus pensamientos son ilógicos, irracionales y negativos.

Para Beck, en el pensamiento depresivo prevalecen seis errores lógicos de procesamiento de la información:

1. *Inferencia Arbitraria*

La persona llega a una conclusión en ausencia de evidencia o incluso la evidencia contraria. Así por ejemplo, una invitación puede ser interpretada como la actitud lastimera del otro porque se evidencia la depresión.

2. *Abstracción selectiva*

A partir de un detalle pequeño la persona saca conclusiones fuera del contexto.

3. *Sobre generalización*

La persona elabora una regla general a partir de sucesos aislados que aplica de manera indiscriminada a otras situaciones. Por ejemplo, ante una separación amorosa puede considerar que siempre fracasara en este terreno.

#### *4. Maximización y minimización*

La persona sobrevalora o descalifica sus habilidades o el alcance de los acontecimientos. Por ejemplo ante un pequeño error, se dice que no sirve para nada.

#### *5. Personalización*

La persona tiende a relacionar sucesos externos consigo misma cuando puede ser evidente que no existe tal relación, esto ocurre especialmente cuando se trata de sucesos desagradables. Así, la persona deprimida puede concluir que el accidente que le ocurrió a su esposo fue propiciado por el enojo que ella tenía con él.

#### *6. Pensamiento absolutista dicotómico*

La persona deprimida tiende a clasificar sus experiencias según una o dos categorías opuestas, sin términos medios, así las cosas algo puede ser maravilloso o desastroso.

A través de la exposición previa de ha deseado presentar una revisión general de las principales aproximaciones cognitivo-conductuales que abordan la depresión pero es importante no dejar de considerar la relevancia de los factores fisiológicos en la misma al señalar que en casos de depresión mayor recurrente (de acuerdo a la clasificación psiquiátrica) existe cierta base biológica, principalmente en la depresión endógena, que se manifiesta en la alteración noradrenergica del sistema nervioso central, por lo tanto se requiere de una valoración y atención medica antes o concurrentemente con el trabajo psicológico.

Por lo anterior y dadas las características de nuestra investigación utilizaremos definiremos a la depresión: ausencia de refuerzos y existencia de juicios negativos, ausencia de control y deficiencia de habilidades sociales. (Beck y Seligman).

### **RENDIMIENTO ACADEMICO**

La palabra rendimiento académico en su sentido etimológico procede del latín “rendere” que significa vencer sujetos, someter una cosa al dominio de uno, dar fruto o utilidad a una cosa, es decir, rendimiento es la productividad que algo nos proporciona, es la relación de la utilidad de algo con el esfuerzo realizado (Repetto 1984).

El rendimiento académico según (Pizarro y Clark 1998 p.18) es una medida de la capacidad de respuesta del individuo, que expresa en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como resultado de un proceso de instrucción o formación. Los mismos autores desde la perspectiva del alumno definen al rendimiento como la capacidad de respuesta que tiene un individuo, a estímulos, objetivos y propósitos educativos previamente establecidos.

El rendimiento académico según Nerici (1984) es lo que el alumno adquirió durante un periodo de estudio, siempre con referencia a una asignatura o un área de conocimiento. En cambio W. A Nelly (1982) lo define como: el estado de realizaciones obtenidas en clase y el grado en que se han alcanzado los objetivos didácticos, revela los frutos de la labor extraordinaria dedicada específicamente a esta o aquella materia.

Por otra parte Himmel (1985) define al rendimiento académico: como el grado de logro de los objetivos establecidos en los programas oficiales de estudios.

Por lo anterior y dadas las características de nuestra investigación utilizaremos la siguiente definición de rendimiento académico de W. A. Nelly: “El estado de realizaciones obtenidas en clase y el grado en que se han alcanzado los objetivos didácticos, revela los frutos de la labor extraordinaria dedicada específicamente a esta o aquella materia”.

### **AUTOESTIMA**

- *Teoría cognitiva:* Atendiendo a los aspectos cognitivos, la autoestima es el conjunto de creencias u opiniones valorativas que tiene la persona sobre sí misma. Ejemplo: “soy hábil”, “soy tímido”, etc. La creencia según la cual los demás debieran considerar a la persona capaz es también una creencia autoreferencial, en cuanto equivale a una persona capaz. Como puede verse, las creencias se refieren a cualidades, competencias del sujeto que pueden hacerlo más o menos valorado. Bajo esta teoría el poder personal y la autoestima positiva pueden ser aprendidas.
- *Teoría conductual:* El aspecto conductual de la autoestima es el conjunto de comportamientos que uno tiene hacia sí mismo, tanto hacia su cuerpo como hacia su mente. Por ejemplo, cuidarse, autodestruirse. Las consecuencias de estos comportamientos pueden recaer sobre el cuerpo físico, pero también sobre el psiquismo. (Rescula 1967)

La autoestima es importante porque es la manera de percibirnos y valorarnos, la cual moldea nuestras vidas.

Se puede definir la autoestima:

1. Confianza y respeto por uno mismo.
2. Es confiar en las capacidades y habilidades propias de cada uno, para resolver las dificultades de la vida.
3. Es considerarse una persona con derechos a expresar, valorar, defender sus intereses y necesidades; pensar que es alguien válido, respetable y con derecho a ser feliz

La autoestima es entonces, un juicio personal sobre el propio valor que se expresa en las *actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo*. La autoestima es importante ya que si las personas no se quieren a si mismo, difícilmente podrán hacer felices a los demás.

La verdadera Autoestima se fundamenta en una percepción realista de si mismo, es decir constituida por pensamientos, sentimientos y acciones que influyen positiva o negativamente en las personas y se da una interacción entre una y otra.

Cuanto más nos queremos, menos demandamos, más confiamos en nosotros y los demás, más podemos amar y amar más a los otros y menos temor sentimos.

## **Desarrollo de la Autoestima**

Niñez temprana: Autoestima concreta. No diferenciada (soy bueno o malo)

Niñez intermedia: se va diferenciando. Evaluación crítica sobre la competencia.

A medida que la autoestima se empieza a diversificar con la edad aparecen nuevas dimensiones, se va consolidando una autoestima global que refleja una valoración general del yo, no ligada a una faceta específica.

Esta autoestima global no suele encontrarse hasta los siete u ocho años, cuando los niños empiezan a dejar de basar sus autovaloraciones en lo que ocurre en situaciones concretas.

Concreta  $\longrightarrow$  abstractas y globalizadoras.

Existen dimensiones o áreas específicas dentro de la autoestima

(Milicic, 2001):

**Dimensión Física:** Se refiere, en ambos sexos, al hecho de sentirse atractivo físicamente. Incluye también en los alumnos, el sentirse fuerte y capaz de defenderse; y en las niñas, el sentirse armoniosas y coordinadas. A menudo la dimensión física se encuentra, disminuida por el fuerte impacto de los medios audiovisuales en la formación de los estereotipos de belleza de hombres y mujeres, muy lejano a nuestra identidad.

**Dimensión Afectiva:** Está muy relacionada con la autoestima social, pero se refiere a la auto percepción de características de personalidad, como sentirse: afectuoso o frío, simpático o antipático, pesimista u optimista, etc. Para tener una autoestima afectiva positiva, es necesario sentirse explícitamente querido y querible en forma frecuente, por las personas que nos rodean. Es importante que los docentes puedan expresar a los alumnos valoraciones positivas de su desempeño.

**Dimensión Académica:** Se refiere a la auto percepción de la capacidad para tener éxito en la vida escolar. De manera específica a la capacidad de rendir bien. Incluye también la autovaloración de las habilidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo, constante, etc. Uno de los aspectos más significativos para desarrollar una autoestima positiva, es saberse y sentirse competente en diferentes aspectos. Percibirse como capaz de enfrentar una situación con éxito y recibir reconocimiento de los otros, contribuye a generar la sensación de autoeficacia y competencia.

Por el contrario, estar expuesto frecuentemente a situaciones de fracaso, genera sentimientos y creencias de no ser capaz y esa sensación insegura en el actuar desenergiza, disminuyendo la capacidad de hacer esfuerzos.

**Dimensión social:** Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir, el sentirse parte de un grupo. También se relaciona con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones. Un estudiante con buena autoestima es asertivo y seguro, no teme expresar sus propias opiniones ni lo que siente y piensa al hablar con otros, mantiene la mirada, o tiene problemas para entablar amistades y le gusta trabajar en grupo.

**Dimensión ética:** Se relaciona con el hecho de sentirse una persona buena o confiable o, por lo contrario, mala o poco confiable. También incluye atributos como sentirse responsable o irresponsable, trabajador o flojo. Esta dimensión depende de la forma en que el niño interioriza los valores y las normas, y de cómo se ha sentido frente al adulto cuando las ha transgredido o ha sido sancionado.

**Debido a las diferentes definiciones para nuestro objeto de estudio será la siguiente: Conjunto de creencias y comportamientos que uno tiene hacia uno mismo.**

### **5.3 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptiva- Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos dimensionales o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga. Los estudios descriptivos únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas.

Cualitativa: la investigación cualitativa es referida como investigación naturalista, fenomenológica, interpretativa o etnográfica, es una especie de “paraguas” en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones y técnicas y estudios no cuantitativos. Las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo (explorar, descubrir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. En este caso se utiliza la entrevista, analizamos los datos y se sacan algunas conclusiones, posteriormente se entrevista a otra, analiza esta nueva información y revisa sus resultados y conclusiones; del mismo modo, efectuamos y analizamos más entrevistas para comprender lo que buscamos. Es decir se procede caso por caso, dato por dato hasta llegar a una perspectiva más general, no se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no estadístico.

El enfoque cualitativo puede definirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen el mundo visible, lo transforman y lo convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales), e interpretativo (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorgan).

Así mismo es cualitativo, por su carácter holístico, por la observación del participante en contexto natural, no controlado, interesado en la comprensión del problema y no en la búsqueda de modelos explicativos, en donde cada caso es único y todo es importante. Para efectos de esta investigación se contempla el análisis de caso y la entrevista profunda.

## **TECNICAS A UTILIZAR**

### ***1. Cuestionario de depresión infantil, CDI***

Para efectos de nuestra investigación se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil de Maria Kovacs, dado que resulta apropiado para la medición de dicha enfermedad ya que se complementa con la entrevista profunda para realizar un análisis más completo y detallado y cubrir con los objetivos planteados en la investigación.

Este instrumento cuantifica un rango de síntomas depresivos, incluyendo estado de ánimo perturbado, capacidades hedónicas, funciones vegetativas y conductas interpersonales.

Consta de 27 reactivos con tres alternativas, 0-1-2, en función del grado de depresión que indique la respuesta de cada niño. "0" = (normalidad, nada deprimido), "1" = (cierta intensidad) y "2" = (presencia inequívoca de un síntoma depresivo). La puntuación del sujeto se obtiene sumando cada uno de los valores de cada reactivo, por lo que a mayor puntuación, mayor intensidad de la sintomatología depresiva, sobre una puntuación máxima de 54.

Se establece los siguientes criterios en nuestra investigación para el diagnóstico de una depresión, mientras mayor sea el puntaje, habrá síntomas depresivos, basándose en el DSMIV.

- Aislamiento
- La pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad
- Las ideas de culpa y sentirse inútil.
- Falta de apetito
- Baja autoestima
- Llanto sin causa aparente

Para los intereses clínicos, el punto de corte se sitúa en 12 o 13.

El CDI fue diseñado para aplicarlo individualmente, aunque también se puede administrar colectivamente cuando se trata de niños normales. En función de la problemática que presente el niño, el administrador de la prueba decidirá si es conveniente o no leerle los ítems.

Existe controversia en cuanto el sexo. Ya que la doctora Kovacs encontró que los varones de la muestra normativa obtenían puntuaciones más altas en el CDI que las mujeres. Por lo tanto para efectos de nuestro estudio solo nos delimitamos a observar quienes presentan depresión sin importar el sexo, o la edad.

## **2. *Inventario de autoestima de Coopersmith***

Se utilizó también el inventario de autoestima de Coopersmith, debido a los alcances y objetivos propuestos. Su validez y confiabilidad han sido ampliamente estudiados. En el caso de México este instrumento ha sido aplicado en la población infantil mexicana, con buenos resultados en cuanto a su validez y confiabilidad, (Verduzco y Cols, 1989). Los reactivos se responden con un Si o un No y en algunos casos una respuesta afirmativa indica alta autoestima, mientras que en otros es manifestado por una negativa. La calificación se obtiene de la suma de estos, multiplicados por dos.

El inventario de autoestima fue presentado por Stantey Coopersmith (1959), quien lo describe como un inventario constituido por 50 ítems. Los cuales están referidos a las auto percepciones del individuo con respecto a las siguientes áreas: padres, pares, el Sí mismo y el colegio.

El inventario esta referido a la percepción del niño en cuatro áreas: autoestima general, autoestima social, hogar y padres, escolar- académica.

El área de autoestima general esta referida a la evaluación general que presenta el niño con respecto a sí mismo, dando a conocer el grado en que éste se siente seguro, capaz, valioso y significativo.

El área de autoestima social evalúa tanto la participación como el liderazgo del niño frente a las diversas actividades con los de su misma edad como también el que se pretende que sea abierto y firme al dar sus puntos de vista, dándolos a conocer sin limitación alguna.

El área escolar evalúa el grado de satisfacción frente a su trabajo escolar y la importancia que le otorga, así como también el interés de ser interrogado y cuestionado en el salón de clases.

El área de hogar-padres mide el grado en que el sujeto se siente aceptado en su entorno familiar. Es decir, en que medida es comprendido, amado y respetado por cada uno de los miembros de la familia.

### **Ítems en las áreas del Inventario de Coopersmith**

Autoestima General: 1,2,3,8,9,10,15,16,17,22,23,24,29,30.

Autoestima Escolar: 31,36,37,38,43,44,45,50,51,52,57,58.

Autoestima Hogar: 5, 12, 19, 26, 33, 47,54.

### **3. Para la medición del Rendimiento Académico**

En este rubro se tomó en cuenta sus boletas de calificaciones y de acuerdo a su promedio bimestral quedando de la siguiente manera:

| Rendimiento Académico | Rendimiento Académico | Rendimiento Académico |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Alto                  | Medio                 | Bajo                  |
| 8.5 a 10              | 8                     | 6 a 7.5               |

#### 4. Entrevista Profunda

La entrevista puede ser considerada como el más antiguo método de recolección de información acerca del hombre en todos sus contextos, porque se basa en una antigua capacidad y adquisición evolutiva humana: el lenguaje, entendido este como *lenguaje hablado, habla, lenguaje verbal*.

**La entrevista profunda** es un tipo de entrevista «...de carácter holístico, en la que el objeto de investigación está constituido por la vida, experiencias, ideas, valores y estructura simbólica del entrevistado aquí y ahora» (Sierra, en Galindo, 1998, p. 299). El sujeto es explorado en un asunto directamente relacionado con él, y se le estimula para que exprese con absoluta libertad sus sentimientos y opiniones acerca del punto tratado. Es usada generalmente en estudios de valores y normas.

En la entrevista profunda el interés se centra en el sujeto como centro de su propio discurso, mientras que en la focalizada el sujeto es valioso en tanto que individuo participante de una experiencia, por lo que es tomado como medio para llegar a la misma. Tal como afirma Sierra (1998), la entrevista profunda es más un arte que una técnica, en tanto que la entrevista focalizada es más una técnica que un arte. En la primera debe poder manejar con soltura el arte de la *conversación*, del *diálogo* de modo de poder obtener las informaciones que desea. En el segundo caso debe poseer el notable dominio de la *técnica* como modalidad racionalizada y elaborada de la conversación. (Sierra 1998).

## **5. Estudio de Casos**

Es una investigación que mediante los procesos cuantitativo, cualitativo o mixto; se analiza profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría”.

Mertens (2005) define al estudio de caso como una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad; que es visto y analizado como una entidad.

Gran parte de los estudios de caso de este tipo tienen como objetivo documentar una experiencia o evento en profundidad o entender un fenómeno desde la perspectiva de quienes lo vivieron. El estudio de caso cualitativo no persigue ninguna clase de generalización.

El trabajo de campo en este tipo de método esta basado en las entrevistas y en los instrumentos mencionados anteriormente.

Por lo tanto y debido a los objetivos que pretendemos alcanzar utilizaremos éste método.

## **PROCEDIMIENTO**

### ***1. Selección de los casos:***

Para la investigación se seleccionaron 5 niños, tomados del albergue Ser Humano, ubicado en Fray Servando Teresa de Mier num. 104 Delegación Cuauhtemoc, los cuales presentan las siguientes características:

- Los menores están infectados por el virus del VIH/SIDA.
- Han sido abandonados o en su defecto no cuentan con una familia estructurada, así como sus progenitores son finados.

### ***2 Aplicación de los instrumentos para evaluar depresión, autoestima.***

#### ***Cuestionario de depresión infantil, CDI***

Se le aplicara a cada uno de los menores de forma individual con una duración aproximada de 15 a 20 minutos dentro del albergue en el consultorio de psicología infantil.

#### ***Inventario de autoestima de Coopersmith***

Se le aplicara a cada uno de los menores de forma individual con una duración aproximada de 15 a 20 minutos dentro del albergue en el consultorio de psicología infantil.

**3. Se analizaran las boletas de calificación para conocer el rendimiento académico.**

Se tomaran de sus historias clínicas las boletas de calificaciones, tomando en cuenta sus promedios bimestrales.

**4. Análisis de la Información de los Niños**

Se utilizara como medio la entrevista profunda.

**5. Resultados y conclusiones**

**LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

El presente trabajo tiene como objetivo hacer una revisión de los efectos psicológicos de los niños que padecen VIH/SIDA, es decir se busca la comprensión del problema, de tal manera que sirva como base para realizar investigaciones con mayor profundidad y en muestras más representativas así como buscar nuevas estrategias para el desarrollo del tema.

**Nota:** Se hace referencia a los test, se usan como apoyo solamente para diagnosticar síntomas depresivos y autoestima, sin embargo la información obtenida y el análisis recae sobre las entrevistas realizadas. Ya que se analiza la vivencia de dichos menores.

## **CAPITULO 6**

### **ANALISIS DE RESULTADOS**

En el siguiente cuadro definimos las categorías con las que serán analizadas las entrevistas.

#### **AUTOESTIMA**

- **Dimensión física:** se define como sensaciones y percepciones sobre su cuerpo. De tal forma se establece una dimensión física positiva si se siente físicamente atractivo y le agrada su cuerpo, por el contrario, si no se acepta se establecerá como dimensión física negativa.
- **Vinculación positiva:** es el resultado de la satisfacción que se obtiene al establecer lazos afectivos con uno mismo y con los demás que sean significativos. **Vinculación negativa:** No establece lazos afectivos con el ni con los demás que le sean significativos.
- **Dimensión social positiva:** se define como el sentimiento de sentirse aceptado y el sentimiento de pertinencia y ser parte de un grupo. **Dimensión social negativa:** se define como el sentimiento de sentirse rechazado y no sentirse parte de un grupo.
- **Dimensión académica positiva:** Se refiere a auto percepción de la capacidad para tener éxito en la vida escolar, específicamente, a la capacidad de rendir bien. Incluye también la autovaloración de las habilidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo, constante.

Por lo contrario la dimensión académica negativa: significa estar expuesto frecuentemente a situaciones de fracaso, genera sentimientos y creencias de no ser capaz y esa sensación inseguriza en el actuar y desenergiza, disminuyendo la capacidad de hacer esfuerzos

## **DEPRESIÓN**

- Cambio en el rendimiento escolar: Trabajos escolares insuficientes o bajo rendimiento académico.
- Culpabilidad: Falta, delito que se comete voluntariamente.
- Dificultad para concentrarse: Incapacidad para mantener la atención en una tarea o actividad.
- Falta de energía o fatiga: Sensación de agotamiento o disminución de la capacidad energética, que el sujeto experimenta para realizar tareas cotidianas.
- Frecuentes pensamientos de muerte y suicidio: define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria, o ideas y deseos de quitarse la propia vida.
- Cambio en el apetito: se considera que la persona coma en demasía o por lo contrario deje de comer.

Así mismo se tomaran en cuenta los test aplicados, de depresión y autoestima y parte de su historia clínica.

## **CASO 1**

Es necesario conocer algunos antecedentes del menor para tener un punto de partida significativo veamos entonces:

### **Historia Clínica**

Nombre: Anónimo

Edad: 8 AÑOS 6 MESES

Fecha de Nacimiento: 10 DE MAYO DE 1998 a las 22:00 hrs.

Género: Masculino

Lugar de Nacimiento: VERACRUZ.

Nacionalidad: Mexicana

CURP: MAAC980524HCSRGR

Hospital que le atiende: Hospital General de México a través de la Clínica de Inmunodeficiencia Humana de la UNAM.

Domicilio: Ser Humano A.C., Fray Servando Teresa de Mier 104, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06740, México, D. F.

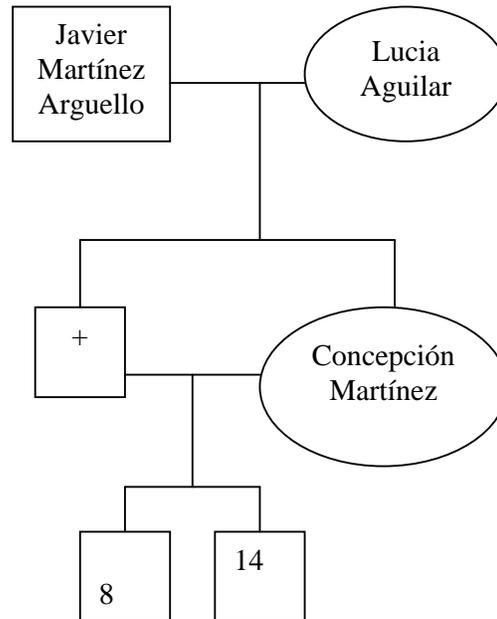
Nivel Académico: 3º de primaria en la escuela primaria Mtro. Celerino Cano Palacios

Fecha de ingreso: 17 de julio de 2003.

Nivel socioeconómico: Bajo

Referencia: COESIDA CHIAPAS

## Familiograma



Madre: Concepción Martínez Aguilar: Fallece por SIDA en junio de 2004, muere a la edad de 40 años en Ser Humano, originaria de Chicomuselo, Chiapas, México

Abuelos Maternos: Javier Martínez Arguello y Lucía Aguilar Jiménez

### **NACIMIENTO Y DESARROLLO**

Hijo menor de madre con diagnóstico de VIH/SIDA, es el menor, con un hermano de 14 años de edad llamado Víctor Gabriel, la madre refiere que ella y el menor continuamente tenían diarreas que no se podían controlar por lo que les mandan a realizarse la prueba de detección de VIH, el cual resulta positivo sin que se les inicie tratamiento con antiretrovirales en Chiapas.

La madre fallece en Ser Humano en el mes de junio de 2004, quedando totalmente a cargo de la institución.

Al ingresar se nota que la edad igual a la cronológica, activo reactivo con buena coloración de tegumentos y hidratación, datos de caries de primer grado.

### **HISTORIA DE SALUD**

Padecimiento y/o alergias: VIH

Tipo de Sangre: O+.

Idx: Preescolar VIH positivo y conjuntivitis.

Con fecha del 26 de agosto de 2003 le realizan ANTI HIV 1+2: POSITIVO y W. BLOT: POSITIVO a través del Hospital General de México.

#### **Vacunas:**

- VCG enfermedad que previene es Tuberculosis 30 abril de 1998.
- Vacuna Sabin enfermedad que previene poliomielitis 3 dosis: 30 abril de 1998, 24 mayo del 2001 con dosis adicional.
- Vacuna pentavalente enfermedades que previene es la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones graves: 13 de agosto de 1998 y la última 20 de abril de 1999.
- DPT enfermedades que previene difteria, tos ferina y tétanos: 17 de agosto del 2000.
- Triple Viral previene sarampión, rubéola y parotiditis: 1 de julio de 1999.
- Sarampión Adicional: octubre 2002
- Tétanos y difteria dosis refuerzo.
- Varicela: 23 de septiembre del 2005.
- Hepatitis A: 23 de marzo de 2006.

- Hepatitis B: 26 de octubre de 2005 y 23 de abril de 2006.
- Pulmovax: 23 de octubre de 2005.
- Influenza dosis 2006.

Durante su estancia en Ser Humano sólo ha presentado afecciones de vías respiratorias y gastrointestinales que se resolvieron sin necesidad de internamiento hospitalario y sin dejar secuelas. (Reporte médico 30/sep/05).

### **ÀREA MÈDICA**

Enfermedades comunes de la infancia negadas. Niega ant. Qx, Alérgicos, traumáticos y transfusionales.

Al detectársele a la madre infección por VIH SIDA se le realizan estudios de prueba de Elisa y Western blot siendo positivos. Posteriormente se realizan carga viral xy y CD4 en el mes de julio/03 con los siguientes resultados.

CD4=550 y CV=98.812 copias de RN/ml de plasma.

El niño desde el nacimiento ha presentado retardo en el crecimiento y desarrollo, así también con bajo peso, cuadros diarreicos con remisiones y exacerbaciones, siendo manejados en forma sintomática.

El 31 de octubre de 2006 acude a cita médica en la Clínica de Inmunodeficiencia del Hospital General es atendido por la Dra. Rocío Muñoz , señala que se encuentra bien y sólo menciona que las manchas de la piel son por causas solares, se le encontró: un peso de 23.500kg. (aumento 300gr.), talla de 1.15 metros y perímetro cefálico de 53 cm. Se menciona resultado de carga viral del mes de junio y es de 1030 copias.

El ultimo reporte medico con fecha del 25 de agosto del 2005 certifica que el menor se encuentra clínicamente sano de acuerdo al examen físico realizado, y en condiciones de realizar actividades físicas e intelectuales de acuerdo a su edad.

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DOSIS DE INGESTA:**

Tratamiento Farmacológico y dosis de Ingesta en el mes de noviembre de 2006: Zidovudina capsulas de 100mg dar 1 cada 8 horas más 3ml de solución cada 8 horas., Lamivudina tabletas de 150mg. Dosificar a 90 mg y dar 1 cada 12 horas., Nelfinavir comprimidos de 250 mg dar 3 comprimidos cada 8 horas.

## **AUTOESTIMA**

Comenzaremos por la dimensión física y para esto tomaremos algunos extractos de la entrevista que se realizo.

“estoy moreno o negrito y mi color no me gusta y no soy tan grande como mis demás compañeros, mi cara es mas morenita ja y a veces cuando juego con mis compañeros no alcanzo las canchas y luego me hacen burla de que no alcanzo las canchas, Si que fuera más alto y más clarito de mi piel me sentiría mejor y podría jugar mejor y me sentiría mejor”.

Podemos apreciar como al menor no le agrada su cuerpo, ya que se siente limitado para realizar algunas actividades deportivas que comúnmente logran hacer algunos compañeros, anhela el tener otro cuerpo y tener un desarrollo físico normal. Por otro lado se siente discriminado debido a su aspecto físico, de parte de sus compañeros ya que en ocasiones no es invitado a participar en algunas actividades deportivas, debido a su condición. Así mismo se pudo corroborar a través de un ejercicio en el cual se le pidió observarse en el espejo y describiera algunas partes de su cuerpo que mas le agrada, este se le dificulto, no se mostró muy seguro de si mismo. Debemos dejar claro, que para el menor es importante reforzarle los aspectos de su físico, principalmente enseñar algunos hábitos de higiene, con la finalidad de estimular y fortalecer la dimensión física. La enfermedad de infección por VIH/SIDA, puede alterar su físico, sin embargo esto no es decisivo y puede ser modificada, con todo lo anterior el menor posee una dimensión negativa, esto se deduce por los parámetros establecidos.

Ahora bien veremos a continuación la siguiente categoría de autoestima que se refiere a la **vinculación**, tomaremos extracto de la entrevista, en especial el lazo con la madre y su hermano y la forma en que ha ido reemplazando dicho afecto.

“Mi mamá era chaparrita morenita, yo la quiero mucho y a veces la extraño, eso me pone muy triste, me compraba muchas cosas, mi hermano era muy compartido y siempre me defendía de algunos niños más grandes o cuando se burlaban, Mmm cuando nos despedimos me dijo que no importa que nos separáramos, que el siempre me iba a querer y que algún día me iba a buscar para estar juntos. Cuando se murió mi mamá me sentí mal y muy triste y a veces cuando es el día de las mamás y todos mis demás compañeros los acompaña sus mamás yo me pongo un poco triste, pero ya después se me pasa o a veces va una niñera y ya no me siento triste”

Como podemos observar para el menor resultado significativo el lazo que estableció con la madre, ya que también convivió en la institución hasta la muerte a causa de la enfermedad, este deceso de la madre fue una gran pérdida, ya que el menor no esperaba este hecho tan pronto, provocando en el menor el duelo de la pérdida de la madre, por eso resulta tan significativa la fecha de la madre, mostrándose vulnerable y sensible en ese día, igualmente el lazo que establece con su hermano es muy significativo, sin embargo vuelve a sufrir otra pérdida, ya que queda a cargo de la institución sin volver a saber nada de este. Ahora bien uno se pregunta ¿Cómo un niño que trae consigo una enfermedad que es mortal, puede soportar la pérdida de los padres y ser separado de su familia?

Responder esta pregunta no es nada fácil, pero veremos algunas suposiciones generales, con fundamento en la historia del menor: el menor debido a la falta de afecto de la madre, desplaza ese afecto hacia la niñera que tenga algún parecido con la madre, esto no en un aspecto físico, puede no haber ningún tipo de parecido físicamente, sino en la forma que el menor recibía el afecto y le traiga el recuerdo de la madre, tales como abrazos, palabras o gestos.

La relación con sus compañeros resulta significativo, debido a que tiene el conocimiento que estos presentan una característica igual que el y es que padecen la misma enfermedad, por lo tanto adentro de la institución forma parte de ellos y sabe que los necesita para su mundo. De esta manera concluimos que su vinculación es positiva.

La categoría correspondiente es la **dimensión social** que va muy unida a la categoría anterior y ahora veamos algunas partes de la entrevista.

“Se siente padre cuando mis compañeros de aquí (albergue) porque puedo hacer que hagan lo que yo quiero o luego se echan la culpa de algunas cosas que yo hago mal, o también a veces cargan mi mochila sin que yo les diga, sobre todo Álvaro y Juan, me dan mi medicamento, voy a la escuela, me gusta estar aquí, bueno a veces porque luego nos regañan o no salimos, pero si me gusta es como mi casa”

Este punto consideramos que es muy importante debido a las características que presenta: el menor se siente parte de un grupo como es en este caso la institución en donde recibe toda la atención que requiere así mismo, sus compañeros con lo que vive al saber que son parte de su misma condición no se ve o siente amenazado y discriminado sino todo lo contrario, él es el líder de su grupo, es decir es un niño que sabe mandar y manipular para obtener lo que él quiera, aquí se hace una observación importante, el menor al estar en contacto fuera de la institución, se muestra inseguro y reservado. Se establece una ambivalencia, ya que obtiene una ganancia secundaria fuera de la institución como son: golosinas e inclusive dinero, y quizás no porque se le sea negado sino al enterarse sus compañeros de escuela que carece de una madre, y no teniendo una familia estructurada, sin embargo el menor reconoce cuando utilizar este mecanismo y ganar lo que él se disponga.

Anhela tener una familia propia donde se sienta protegido, es decir el calor de un hogar, donde no solo sea parte de un grupo de compañeros, sino el forme una familia y sea como sus demás compañeros. El menor también posee una visión positiva a futuro y aunque no sabe todavía lo que le gustaría ser más grande sus metas a corto y largo plazo son realistas, no viendo la enfermedad como un impedimento.

Otro punto que vale la pena mencionar es la discriminación, a pesar de contar con amigos y compañeros, se mantiene en el anonimato en referencia a su enfermedad, ya que él se mostraría agredido y rechazado.

La categoría analizar ahora es la **dimensión académica**. Para este aspecto tomaremos en cuenta parte de la entrevista y su boleta de calificaciones.

“me gusta ir a la escuela también por eso porque hago amigos, mi maestra me gusta como me enseña y el patio es muy grande, porque ya subí de calificaciones llevo de calificaciones ochos y nueves y le voy ganado a Carolina, ella saca cinco y seis soy mas inteligente que ella, y también le cuesta trabajo las multiplicaciones y a mi no, yo ya me las aprendí, y me gusta aprender cosas nuevas”.

En este extracto hay varios puntos sobre los cuales se pretende analizar: el menor aprecia el ir a la escuela, y lo visualiza como una superación, ya que le agrada aprender cosas y llevarlas a cabo. Por otro lado ejerce competencia con sus compañeros esforzándose en ser el mejor y de esta manera compensa en algunas limitaciones. Otro aspecto la escuela también la ve como un espacio en el cual pueda expresar lo que siente y poder relacionarse con los demás. Se puede afirmar que el menor vive la escuela como un espacio de crecimiento intelectual y socialización.

A continuación se muestra su boleta de calificaciones:

| CASO 1                          |                       |                        |                  |                    |                        |                       |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|
| GRADO: CUARTO                   |                       |                        |                  |                    |                        |                       |
| PROFESORA: ANTONIA URBAN ROMERO |                       |                        |                  | PERIODO: 2007-2008 |                        |                       |
|                                 | septiembre<br>octubre | Noviembre<br>Diciembre | Enero<br>Febrero | Marzo<br>Abril     | Mayo<br>junio<br>Julio | Calificación<br>Final |
| Español                         | 6                     | 7                      | 7                | 8                  |                        | 97.5                  |
| Matemáticas                     | 8                     | 8                      | 6                | 7                  |                        | 87.2                  |
| Ciencias<br>Naturales           | 7                     | 8                      | 7                | 8                  |                        | 97.8                  |
| Historia                        | 7                     | 8                      | 7                | 8                  |                        | 77.4                  |
| Geografía                       | 8                     | 8                      | 6                | 7                  |                        | 107.8                 |
| Educación<br>Cívica             | 8                     | 8                      | 9                | 9                  |                        | 108.8                 |
| Educación<br>Artística          | 10                    | 10                     | 9                | 9                  |                        | 109.6                 |

|                  |                      |    |    |    |    |    |
|------------------|----------------------|----|----|----|----|----|
| Educación Física | 10                   | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Inasistencias    | 0                    | 2  | 6  | 0  | 0  |    |
| Promedio General | 8.5 (ocho punto dos) |    |    |    |    |    |

Con esto se puede decir que el menor presenta un rendimiento académico alto y cuenta con las herramientas intelectuales con las que puede salir adelante.

### **DEPRESION**

Ahora nos disponemos analizar las categorías para este elemento que forma parte de nuestra investigación, de igual manera se tomara en cuenta algunos párrafos de la entrevista, su historia clínica y el test que le fue aplicado para diagnosticar síntomas depresivos.

Siguiendo la escala del CDI y debido a que se puede detectar si presenta síntomas depresivos, así como también por medio de la observación, se hace referencia que a partir de un puntaje de 13 en el área clínica se puede considerar una posible depresión:

| Puntaje Obtenido | Presenta síntoma Depresivo |
|------------------|----------------------------|
| <b>11</b>        | <b>No</b>                  |

Con esto se puede deducir que no cumple con los criterios por el DSM-IV-R para establecer una depresión o algún tipo de esta. Sin embargo se puede suponer que pueda presentar un trastorno de ánimo, esto debido a la enfermedad que padece.

Los cambios en el rendimiento académico, es importante señalar que va unido con la categoría de la dimensión académica, sin embargo se expondrán algunos puntos que consideramos importantes: Se ha observado al menor que su cambio en el rendimiento académico se puede deber a:

- Cuando el menor ha establecido algún vínculo afectivo con alguna cuidadora y por múltiples razones deja la institución, se ha notado un bajo rendimiento académico.
- Cuando se presenta algún tipo de enfermedad oportunista, debido a la infección que padece.
- De igual manera cuando se contrata nueva cuidadora en la institución, el menor de una u otra manera reta y no obedece o sigue las instrucciones, afectando parte de su rendimiento académico.

Por lo tanto su rendimiento académico lo vivirá dependiendo de algunas de las circunstancias mencionadas anteriormente. Otro punto que se debe considerar es la motivación y el apoyo pedagógico con el que cuente, ya que puede influir para dicho rendimiento. Así mismo se ha notado que algunas veces sus tareas y actividades escolares se ven afectadas por algunas visitas al medico, ya que constantemente requiere de estudios médicos.

.La siguiente categoría se refiere a la **culpabilidad**, este punto es importante porque podemos observar como el menor puede cargar la culpa aun la de la madre y sobre su enfermedad. Para esta categoría analizaremos parte del extracto de la entrevista y parte del test.

Siguiendo la escala del CDI y debido a que se puede detectar si presenta síntomas depresivos, así como también por medio de la observación, se hace referencia que a partir de un puntaje de 13 en el área clínica se puede considerar una posible depresión:

| Puntaje Obtenido | Presenta síntoma<br>Depresivo |
|------------------|-------------------------------|
| <b>11</b>        | <b>No</b>                     |

Con esto se puede deducir que no cumple con los criterios por el DSM-IV-R para establecer una depresión o algún tipo de esta.

“Si se llama VIH, pero me lo contagiaron, no es mi culpa porque cuando yo nací ya tenía el virus y no sé quien me lo paso”.

Ahora bien en este pedazo de la entrevista es importante resaltar que el menor no siente y por consiguiente no vive la culpa con respecto a la enfermedad, ya que el está consciente que fue por medio de un contagio. Aunque el sabe que la madre presentaba la enfermedad no se encuentra algún indicio de culpa hacia la madre, sino por el contrario la vio como una madre protectora y que lo quería mucho hasta su fallecimiento.

Por otra parte en su vida cotidiana su nivel de culpabilidad es muy variado, ya que como se explico anteriormente es un menor que sabe mandar y no se adjudica problemas, sino por el contrario hace que los demás resuelvan dichos

conflictos. Expresa sus opiniones y su sentir con las autoridades, por lo tanto no guarda algún sentimiento de culpa que se considere importante.

Pasemos a la categoría, **falta de concentración**, es importante ya que veremos en que situaciones puede afectarse su concentración o como la desarrolla. Veamos alguna parte de la entrevista en donde se aborda esta categoría:

“ya subí de calificaciones llevo de calificaciones ochos y nueves y le voy ganado a Carolina, ella saca cinco y seis soy mas inteligente que ella, y también le cuesta trabajo las multiplicaciones y a mi no, yo ya me las aprendí, me concentro fácil y aprendo rápido, No es muy difícil que se me olviden, además como llevo un diario casi no se me olvida lo que tengo que hacer”.

Vemos que el menor no presenta grandes dificultades para concentrarse, el sabe lo que tiene que realizar, aquí su nivel de comprensión es el adecuado con respecto a su edad, por otro lado se ha observado que el menor mejora su concentración por medio de juegos de destreza y en el cual se le involucren su memoria a corto y largo plazo. Sin embargo también se ha notado que el menor disminuye su capacidad de concentración cuando hay algún cambio significativo tales como: el reemplazo de las cuidadoras en la institución, cuando se siente agredido o rechazado por parte de las autoridades de la misma casa, cuando no ha logrado las metas que se ha propuesto, es decir cuando hay una baja tolerancia a la frustración y en ciertas ocasiones el medicamento puede llegar alterar su concentración.

Por lo tanto para el menor es importante que se le refuerce, no solamente en el ámbito académico, sino en todas las áreas para tener un desarrollo que le permita cumplir con sus objetivos y tener una mejor calidad de vida.

La categoría que ahora analizaremos es **la falta de energía o fatiga**, y aunque todo esto muy aunado se han encontrado algunos puntos importantes.

El menor presenta buena energía para poder realizar sus actividades cotidianas, tales como: asearse, comer, jugar. Y un punto importante que se resalta, el menor aumenta su energía cuando se encuentra fuera de la institución como es: la escuela, el parque o alguna salida por muy insignificante que parezca, anteriormente se comentó que su físico no le agradaba por las diferentes actividades en las que requería ser más alto o con otras cualidades físicas, sin embargo se esfuerza por cumplir sus expectativas.

No obstante su nivel de energía también se puede ver afectado y se ha observado en las siguientes circunstancias: cuando está mucho tiempo encerrado en la institución, cuando se siente presionado por algunos exámenes de la escuela, o inclusive médicos. Como se ha mencionado le afecta demasiado el cambio de una niñera, sobre todo si estableció lazos y vínculos afectivos muy fuertes, aun cuando estas cuidadoras vayan a visitarlo, alguna llamada de sus abuelos. Puede también que el menor canalice toda su energía por medio de conductas tales como, desobediencia y enojo principalmente.

Referente a las ideas de suicidio y muerte, el menor no muestra indicadores de estos, ya que aun no percibe a la muerte como algo cercano y en su mundo todavía no lo elabora. A pesar de haber vivido ya la muerte de su madre, el considera que vivirá mucho tiempo y podrá salir adelante si encuentra una familia que lo pueda adoptar.

La siguiente categoría hace referencia al cambio de apetito. Veamos un extracto de la entrevista para después hacer el análisis correspondiente.

“siempre me como lo que me dan, mi comida favorita son los nopales y las milanesas de pollo y el agua de horchata” No siempre como bien, aunque a veces no me gusta alguna comida, La mortadela, el pollo así como en crema y luego le ponen dizque elote y también a veces los bisteces, pero lo demás si me lo como bien”.

Como podemos observar no muestra ninguna dificultad para comer, así mismo no encontramos indicadores significativos en el desarrollo del menor, con respecto a sus hábitos alimenticios. Sus modos de comer son como el de cualquier otro niño “normal”. Sin embargo se ha observado al menor presentar algunas alteraciones especialmente cuando se le cambia el medicamento para su enfermedad, alterando en ocasiones el sabor de la comida.

## **CASO 2**

Nombre: Anónimo

Edad: 7 años 6 meses

Fecha de Nacimiento: 25 de mayo 1999, 23:00 hrs.

Género: Masculino

Lugar de Nacimiento: Oaxaca de Juárez, Centro, Oaxaca.

Nacionalidad: Mexicana

CURP: CUPA990525HOCRRL00

Domicilio: Ser Humano A.C., Fray Servando Teresa de Mier 104, Col. Centro, C.P 06740, Del. Cuauhtémoc.

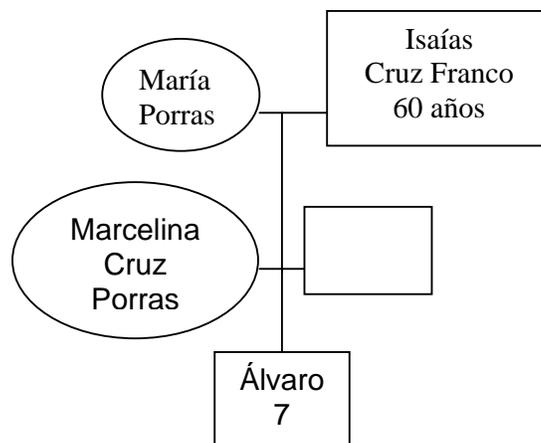
Nivel Académico: 2o de primaria en la escuela primaria "Mtro. Celerino Cano Palacios"

Fecha de ingreso: 20 de octubre del 2004

Nivel socioeconómico: Bajo

Referencia: Procuraduría General de Justicia del estado de Chiapas Zona costa Oaxaca.

## **FAMILIOGRAMA**



Madre: Marcelina Magdalena Cruz Porrás, nace el 17 de julio de 1979, de nacionalidad mexicana, de 20 años al nacer Álvaro al momento, muere el día 21 de abril del 2002 de SIDA, gastroenteritis infecciosa.

Tío hermano de la madre: Guillermo Jaime Cruz Porrás (enfermo de sus facultades mentales)

Domicilio: Ejidal 125, Santa María Atzompa, Oaxaca

Abuelos paternos: Isaías Cruz Franco (viudo de la Sra María Porrás) de 60 años de edad, de escolaridad de segundo de primaria, ocupación jornalero y artesano de alfarería, de religión católica y la Sra. Esperanza Delfina Ocampo López ( viuda y actualmente vive en concubinato).

Mismos que no pueden atenderlo y solicitan el apoyo de Ser Humano, llevando una buena relación.

El señor Isaías desde hace nueve años vive en unión libre, fue casado pero su esposa falleció de cáncer cervicouterino y de ese matrimonio procreo 5 hijos, Demetrio, Moisés, Guillermo, Rene y Marcelina todos de apellidos Cruz Porrás.

### **SEGÚN REPORTE SOCIAL DEL DIF LAS CONDICIONES DE LA VIVENDA**

La casa donde actualmente viven es propiedad del señor Isaías y cuenta con los servicios públicos de agua, luz utilizando fosa séptica, la vivienda construida de adobe, piso de cemento y techo de lámina compuesta por 2 cuartos cocina y 1 baño pequeño.

## **SITUACION ECONÒMICA**

El señor Isaías y su concubina Esperanza se dedican a la alfarería cada quincena venden de 10 a 12 docenas de mercancías dando dicha docena en 50 a 80 pesos dependiendo del tamaño, cuando no hay ventas los hijos del señor lo apoyan con despensa fruta o de acuerdo a sus posibilidades con dinero en efectivo.

## **OBSERVACIONES**

En el momento de la visita se encontró todo en orden, el menor Álvaro Ubaldo presentaba buenas condiciones de aliño personal se observa buena integración con su abuelo materno pero principalmente con la señora Esperanza, se percibe al menor como sociable , obediente y cariñoso.

## **CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Portador de VIH, por transmisión Perinatal, su madre Marcelina Cruz Porras fallece el 23 de abril del 2003.

En el resumen proporcionado por Servicio especializado de atención integral para pacientes con VIH/SIDA (Oaxaca) se señala que la madre no recibió atención perinatal ni tratamiento antirretroviral profiláctico durante el embarazo el cual fue resuelto por cesárea, por desproporción cefalopelvica, fue amamantado por su madre hasta la edad de dos años con 6 meses cuando ella falleció.

De acuerdo al resumen Clínico proporcionado por Servicio especializado de atención integral para pacientes con VIH/SIDA (Oaxaca), señalan que el desarrollo psicomotor de Álvaro a la edad de 5 años era retrasado con un grado de desnutrición moderada.

### **HISTORIA DE SALUD**

Durante el 2004 había presentado linfadenopatías, hepato y esplenomegalias y faringitis no complicada.

Padecimiento y/o alergias: VIH, la fecha de diagnóstico con ELISA es el 23 de marzo de 2004.

Resultado de carga viral del 3 de mayo de 2004 475000 copias y de CD4 del 3 de mayo de 2004 457 16.5%.

El 12 de mayo de 2004 comienza tratamiento con antiretrovirales en el Hospital de México, en la Clínica para niños con Inmunodeficiencia.

Comienza con AZT en dosis de 5ml, cada 8 horas

3TC 5ml. Cada 12 horas

Nelfinavir 2 comprimidos vía oral cada 8 horas

Acompañado de profilaxis con TMP/SNZ 5ml. Cada 12 horas los lunes, martes y miércoles.

El 2 de diciembre de 2004 la trabajadora social María Lucero piña Romero acude con el menor a consulta medica en el Hospital General, quien es valorado por la Dra. Rocío Muñoz, indica que se encuentra estable sin ningún proceso infeccioso, tiene una talla de 1 cm, y un peso de 14.14 Kg., se le toma muestra de sangre para una Biometría Hemática y función hepática, carga viral y se solicita muestra de la primera orina de la mañana.

Cambio de esquema, se indica que el Tx antiviral queda de la siguiente manera:

AZT 100 ml. Dar una cápsula , cada 8 horas

3TC 240 ml. cada 12 horas

Viracep 250 ml, 2 comprimidos cada 8 horas

El último reporte de salud com fecha del 25 de agosto de 2005 se encuentra clinicamente sano de acuerdo al examen físico e intelectuales de acuerdo a su edad.

El 30 de Octubre de 2006 el Dr. Fernando Palomares refiere en su resumen clínico lo siguiente:

Se trata de Álvaro, preescolar masculino de 7ª 5m de edad, cuenta con el diagnostico de VIH infectado por vía perinatal, es producto de madre infectada y finada por mismo padecimiento es ingresado a esta Institución por no contar con familiar responsable y vigilancia del tratamiento específico.

INMUNIZACIONES: Esquema de acuerdo a edad, según Cartilla Nacional de Vacunación.

Antecedentes personales patológicos: Portador de VIH perinatal

Desarrollo psicomotor: Se encuentra en excelente estado psicomotor con muy buen estado de adaptación e integración psicológica, y con respecto a su capacidad motriz su desarrollo es óptimo y de acuerdo a la edad cronológica.

Padecimiento actual: Inicia su padecimiento actual desde su nacimiento al adquirir por vía perinatal el VIH, ya que su Madre es portadora y más tarde finada por complicaciones de VIH/SIDA. Motivo por el cual el menor inicia sufre de orfandad y no hay quien se responsabilice de su cuidado y manejo, motivo por lo que presenta complicaciones de tipo gastrointestinal, siendo necesario su traslado e ingreso a esta Unidad y en conjunto con la Clínica de Inmunodeficiencia del Hospital General de México, iniciando triple esquema antirretroviral así como terapia psicológica y del lenguaje con lo cual hasta la fecha su evolución ha sido satisfactoria.

Exploración física: Se trata de escolar masculino integro conciente, reactivo, bien conformado, bien orientado en las 3 esferas, con cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas normorreflexivas, narinas permeables, mucosa oral bien hidratada, cuello sin adenomegalias, Cs Ps con buena entrada y salida de aire, RsCs rítmicos y de buena intensidad sin fenómenos agregados, abdomen blando plano depresible, sin viceromegalias, peristalsis presente en tono e intensidad, genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades superiores e inferiores íntegras bien conformadas. Columna sin alteraciones, resto normal. FC: 78X' FR 22X' Peso: 19kg TALLA: 1.08 m.

Evolución: Álvaro, se reporta estable con buena evolución en general, con muy buen desarrollo Psicomotor, ya que en la cuestión escolar se encuentra con buen aprovechamiento y desarrollo en la cuestión emotiva se continúa trabajando arduamente pues es una de las causas principales que se ven alteradas, sin embargo con él la situación es favorable, en el aspecto médico continúa con su manejo a base de Zidovudina, lamivudina y Nelfinavir calculado en base a peso y superficie corporal con lo cual los resultados son excelentes.

El 31 de octubre DE 2006 acude a consulta médica a la Clínica de Inmunodeficiencia del Hospital General, es atendido por la Dra. Rocío Muñoz quien señala que el menor se encuentra estable: con un peso de 18.200 kg. (Aumento de 1.600 kg.), talla 111 cm. y perímetro cefálico de 49 cm. . Se toma muestra para estudios de carga viral y conteo de CD4.

**Tipo de Sangre: O+**

**Vacunas:**

- BCG enfermedad que previene es Tuberculosis octubre del 2002.
- SABIN previene poliomielitis, solo tiene adicionales en octubre de 2002, febrero de 2003 y junio de 2003.
- DPT enfermedades que previene difteria, tos ferina y tétanos: refuerzo 1 a los dos años en octubre de 2002, refuerzo 2 a los 4 años en 15 de mayo del 2003.
- Triple Viral previene sarampión, rubéola y parotiditis: octubre 2002, varicela 22 de septiembre de 2005.
- Sarampión Adicional:
- Hepatitis A: 1ª 22 de septiembre de 2005 y 2ª 23 de marzo de 2006.
- Hepatitis B: 1ª 22 de septiembre de 2005, 2ª 22 de octubre de 2005 y 3ª 23 de marzo de 2006.
- Pulmovax: 24 de octubre de 2005.
- De la influenza dosis completa 2006.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DOSIS DE INGESTA:**

Zidovudina capsulas 100mg. 1 capsula cada 8 horas, Lamivudina Solución 6.5 ml. cada 12 horas., Nelfinavir comprimido de 250 mg. 3 comprimidos cada 8 horas.

De igual forma que con el caso anterior se expondrán las categorías establecidas, y haciendo un análisis, de estas. Se utilizara algunas herramientas para sustentar el análisis: la historia clínica, extractos de la entrevista y los test aplicados.

Empezaremos por la primera categoría a **la dimensión física**, el cual veremos la forma en la que influye directamente en la vida del menor, tomaremos un extracto de la entrevista.

“a veces me gustaría ser mas alto, mas claro de color o guerito y no ser tan negrito o morenito, porque a veces cuando juego no alcanzo las porterías y otros niños que son de mi misma edad son mas grandes y me gustaría ser como ellos”

El menor se siente limitado en el aspecto físico, ya que su cuerpo no le agrada. Por lo tanto a diferencia de otros niños él no se ve atractivo, fuerte para realizar diferentes actividades deportivas. Por otro lado ve el mundo superior a el, asumiendo que el tener otro cuerpo seria mas importante, y querido por la gente que lo rodea. También ve limitado sus relaciones sociales, ya que no tiene el desarrollo físico como el resto de sus compañeros y que son de su misma edad.

Sin embargo se ha notado que cuando tiene alguna salida por parte de la institución, ya sea algún centro deportivo, o parque de diversiones el menor no se limita y se siente capaz de realizar cualquier actividad física. Por otro lado es importante mencionar que el menor si llega a presentar después de cierto tiempo de ejercicio algún malestar físico, cuando corre demasiado o realiza un mayor esfuerzo algunos de estos son: dolores de cabeza, de estomago y en ocasiones sangrado de las fosas nasales.

A continuación la categoría que se expondrá se refiere a la **vinculación**, para el menor es muy importante y veamos porque mediante un extracto de la entrevista.

“Al principio muy triste porque extrañaba mi casa y a mis abuelitos, pero ya después como había otros niños me empezaron hablar, al que conocí primero de todos fue a David, el ya estaba cuando yo llegue y me decía “ven no estés triste, vamos a jugar y me llevaba con su mama, porque el llego con su mama, su mama también me cuidaba y una vez me dijo era como su segundo hijo y que me quería mucho”.

Comenzaremos analizando la separación de sus abuelos. El estableció un vínculo positivo con éstos, después de la muerte de su madre. Sin embargo sus abuelos, al no poder sostenerlo lo canaliza la institución. En ese momento se rompe el vinculo y el menor se ve huérfano y desamparado. ¿De que manera el menor restablece lazos afectivos y que papel juega ahora que ya no vive con su familia? Aunque le resulta difícil es un momento crítico en su vida, se encuentra con niños que están en la misma situación y en especial con un compañero que hasta la fecha lo considera su amigo.

Compensó la pérdida con la madre de su compañero, hasta que ella muere, por lo que se adjudica también la pérdida y lo vive como un duelo. Por lo tanto sus lazos afectivos son muy significativos, se encuentra en la búsqueda constante de ser querido y ofrecer esa afectividad con quien se identifique. Veamos otro extracto de la entrevista en donde es muy similar a lo anterior.

“Lupita a veces si la extraño porque ella nos consentía mucho y nos quería, nos llevaba a comprar la despensa y nos sacaba al parque y así además nos tenía mucha paciencia, porque estuvo muchos años con nosotros, pero sus hijas vienen los fines de semana a cuidarnos y a veces ellas nos llevan al parque. (Lupita es una cuidadora que estuvo algunos años a su cargo del menor dentro de la institución).”

Podemos darnos cuenta que el mismo patrón se repite el mismo patrón de sus lazos afectivos, es decir se encuentra en la búsqueda de una figura que le pueda proporcionar esa seguridad. También se ha observado que al menor en su vida cotidiana, no le es fácil establecer lazos afectivos, hasta que se da cuenta que le demuestra que es querido y aceptado a pesar de su condición, en este caso puede mostrarse inquieto e indiferente o inclusive temeroso.

Por lo tanto afirmamos que en la vida del menor resulta muy significativo establecer vínculos que le permitan desenvolverse dentro y fuera de la institución y mejorar en este sentido.

La **dimensión social** y va muy aunada a la anterior, ya que veremos de qué forma percibe el menor al mundo, las herramientas con las que cuenta para enfrentar a la sociedad.

El menor ha sido observado p y sus relaciones sociales, las percibe como amenazadoras y castigadoras, ya que se siente muy vulnerable a las críticas que hagan sobre el, y guarda ciertos secretos como vemos en el extracto siguiente:

“me gusta conocer otros niños aunque a veces no les platico de mi enfermedad, porque me vayan a dejar de hablar, pero cuando salimos o estoy en la escuela si les hablo bien”

Se puede corroborar que el menor vive con cierto temor ante la sociedad, en su vida cotidiana le resulta difícil ser hábil en sus relaciones con sus compañeros, se encuentra a la expectativa de lo que digan los demás de él, afectado directamente en su personalidad, debido a esto ha aprendido a no comentar sobre su enfermedad, se encuentra en la búsqueda de ser aceptado tal y como es. Sin embargo trata de adaptarse a sus compañeros, principalmente los de la escuela que es en donde dedica la mitad de su tiempo, compensa la dimensión social por medio de habilidades intelectuales que le permitan acercarse y sentirse parte de sus compañeros y desarrollarse como un niño normal.

Por otro lado, dentro de la institución, el menor es totalmente aceptado por el grupo de sus compañeros, ya que establece alianzas entre con ellos, de tal forma que se siente seguro. No se ve como un menor que sea popular dentro y fuera de la institución, ya que en ocasiones le ha traído problemas que le afectan sobre todo dentro de la institución como veremos en un extracto de la entrevista:

“me llevaban a las luchas y conocí a todos del equipo, pero después mis compañeros me empezaron hacer burla y ha decir que me creía mucho, pero cuando fueron los de televisa me dijeron que a mi me habían escogido, pero mis compañeros no me creían y pensaban que me había escogido”

Ahora bien como lo vemos en este extracto, al menor le gusta ser reconocido por los demás en los distintos logros y éxitos que ha tenido en este tiempo, sin embargo ha aprendido que tiene que ser discreto para no afrontar las críticas de sus demás compañeros, dentro de la institución.

Otro dato importante que incluimos, al sentirse presionado por las críticas por parte de sus compañeros desencadena una serie de malestares físicos, mermando su salud.

Con **la dimensión académica**, veremos como enfrenta la vida en este ámbito y a que ha tenido que enfrentarse. Para esto revisaremos algún extracto de la entrevista, así mismo veremos sus calificaciones para analizar dicha categoría.

“me gusta ir a la escuela aprender cosas nuevas, además tengo muchos amigos, subí de calificaciones a veces lo que no entiendo muy bien son las matemáticas por ejemplo cuando son los cambios de mililitros a litros, pero todo lo demás si lo entiendo, a veces me dicen que soy un buen niño porque me porto bien y llevo buenas calificaciones, y me gusta que me digan que soy un buen niño, porque así cuando va la gente me dicen que soy un buen niño y eso me pone contento”

La escuela la ve como un centro en donde puede establecer relaciones interpersonales, lo cual le pueda resultar significativo para su vida, ya que puede aprender o fortalecer valores que le beneficien. Por lo tanto el menor también expresa sus ideas, creencias y las comparte con sus compañeros, de tal forma que se complementen.

Por otro lado la escuela le resulta un espacio o centro de superación, ahí el enfrenta nuevos retos, de carácter intelectual, en donde pone a prueba todo sus conocimientos. Él menor ha comentado que el hecho de padecer una enfermedad no implica que no pueda o no deba estudiar, sino por el contrario, él esta dispuesto a superarse, ya que tiene una visión a futuro positiva. El se ha sentido satisfecho en este sentido, ya que la gente que lo conoce reconoce su esfuerzo y en muchas ocasiones se le premia tanto fuera de la institución como dentro.

Se ha observado al menor y presenta algunas cualidades: realiza cálculos mentales, habilidad para aplicar las capacidades de razonamiento en la solución de problemas aritméticos, buena concentración, habilidad para enfocar la atención y para trabajar con patrones de pensamientos complejos. En general su percepción y concentración son buenas, presenta buena atención hacia los detalles, es hábil para establecer una serie de aprendizajes rápidamente y para diferenciar entre detalles esenciales y los que no lo son.

A continuación se muestra su boleta de calificaciones:

| Caso 2  |                        |                        |                  |                    |                        |                       |
|---|------------------------|------------------------|------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|
| GRADO: TERCERO                                  |                        |                        |                  |                    |                        |                       |
| PROFESORA: ALICIA GARCÍA DÍAZ                   |                        |                        |                  | PERIODO: 2007-2008 |                        |                       |
|   | septiembre<br>octubre  | Noviembre<br>Diciembre | Enero<br>Febrero | Marzo<br>Abril     | Mayo<br>junio<br>Julio | Calificación<br>Final |
| Español   | 9                      | 8                      | 10               | 10                 |                        | 99.2                  |
| Matemáticas                                     | 8                      | 8                      | 8                | 9                  |                        | 98.4                  |
| Ciencias<br>Naturales                           | 8                      | 8                      | 8                | 8                  |                        | 108.4                 |
| Historia,<br>Geografía y<br>Educación<br>Cívica | 7                      | 7                      | 9                | 9                  |                        | 88.0                  |
| Educación<br>Artística                          | 10                     | 10                     | 10               | 10                 |                        | 1010                  |
| Educación<br>Física                             | 10                     | 10                     | 10               | 10                 |                        | 1010                  |
|   |                        |                        |                  |                    |                        |                       |
| Inasistencias                                   | 2                      |                        |                  |                    |                        |                       |
| Promedio G.                                     | 9.0 (NUEVE PUNTO CERO) |                        |                  |                    |                        |                       |

Por lo tanto para el menor la dimensión académica constituye una oportunidad de crecimiento en el cual involucra: una socialización y superación intelectual.

## **DEPRESIÓN**

La primera categoría que se analiza es la referente a cambios en el rendimiento académico que va relacionada con la dimensión académica.

Veamos algunos puntos que no han sido abordados.

El menor se ha observado que presenta algunos cambios en su rendimiento académico y son en las siguientes circunstancias:

- Cuando no es aceptado en un grupo y se siente excluido de todo lo social.
- Cuando se siente agredido y lastimado emocionalmente.
- Cuando se reprime en situaciones que lo rebasan con una gran carga afectiva, de tal forma que somatiza.

Su nivel de frustración es muy bajo, por lo que también se ve afectado esta área cuando no obtiene lo esperado y lo demuestra en forma de llanto, por lo que es importante reforzarlo.

Lo académico lo ve como una oportunidad de crecimiento personal, sin embargo sus condiciones puede volcarse hacia un fracaso en este ámbito y por consiguiente mermará su calidad de vida.

La **culpabilidad**, es la siguiente a analizar y veremos como la vive y sus posibles efectos en su calidad de vida. Para esto recurrimos a extractos de la entrevista.

“Bueno si un poco pero todos a veces hemos mentido. Por ejemplo la enfermedad que llevas crees que es tu culpa... No lo que llevo en mi panza ya lo traía cuando nací así que no todo es mi culpa, si saco malas calificaciones y me porto mal ahí si puede que tenga un poquito de culpa, porque no estudie y no me estoy portando bien”.

Analicemos este pequeño extracto: por un lado el menor vive sin la culpa de la enfermedad, considerando que el no asume la responsabilidad de la misma, y desconoce quien o como fue infectado.

Sin embargo asume toda la responsabilidad cuando su comportamiento y rendimiento académico no ha sido el adecuado por algunas circunstancias, pero que él las provoco, por lo tanto su culpabilidad es mucho más vulnerable que el de otro niño “normal”. Y esto debido a que es sensible, ya que se encuentra a las expectativas y opiniones de la gente, por lo que cualquier comentario puede afectar al menor y sentirse menos y desvalorizado.

En la institución donde vive se le ha enseñado que cualquier acción que realice trae consecuencias. Por lo que el menor ha aprendido que si realiza sus tareas comunes y coopera dentro de su casa obtendrá algunos pequeños premios, como son algunas pequeñas salidas, visitas en las cuales les lleven algún obsequio. Con esto también la institución motiva al menor a seguir obedeciendo y ser un mejor niño.

Corresponde ahora analizar **falta de energía o fatiga**, y analizaremos de igual forma por medio de algunos extractos de la entrevista así mismo la historia clínica y lo observado durante esta investigación.

"luego me siento medio cansado, pero es cuando a veces no duermo bien o me acuesto mas tarde, pero luego también me da flojera después de comer y a veces me duele el estomago, pero es por el medicamento eso es lo que me dicen las enfermeras, pero también me gusta jugar y salir al parque con mis compañeros"

Su nivel de energía es muy variable, explicaremos a que se puede deber: primero influye mucho las horas que él duerma, por lo que consideramos su periodo de sueño es el adecuado, refiriendo un total de 8 horas, por lo tanto queda totalmente descartado este factor. El siguiente factor se debe a que después de la comida se les establece un receso de 20 minutos para poder reposar la comida, por lo tanto no es significativo sin embargo se tomara en cuenta.

Hemos observado que el menor disminuye su energía e incrementa su fatiga en las siguientes circunstancias:

- Cuando es regañado o sancionado, empezando con llanto y terminando con la energía baja, y sin ganas de realizar ningún tipo de actividad.
- De igual forma en ocasiones se siente rechazado por sus mismos compañeros o se siente agredido por estos.
- Si no se le llega a premiar su esfuerzo aun teniendo un buen comportamiento fuera y dentro de la institución se ve desmotivado y comienza con fatiga o falta de energía.

- Al no lograr sus metas a corto y largo plazo, su nivel de frustración se verá afectado y probablemente desencadenara otros problemas emocionales.
- Se hace mención cuando dentro de la institución se rota personal, de tal forma que disminuye su actividad lúdica.

Por lo tanto el menor si llega a vivir episodios de falta de energía y fatiga constantemente ira mermando su calidad de vida.

Sin embargo también se le ha observado cuando su energía esta alta, desarrolla cualquier actividad, deportiva, recreativa e intelectual, en donde la enfermedad no es impedimento para ser un niño como cualquier otro.

La categoría que corresponde analizar es **la dificultad para concentrarse** va asociado a la falta de energía. Veamos algunos factores que influyen en la vida del menor tomando un extracto de la entrevista:

“las demás cosas creo que soy bueno porque no se me olvidan y si me acuerdo de lo que tengo que hacer, como mi medicamento, mi tarea o cuando tenemos que hacer. A veces si hay cosas que me cuestan un poquito más de trabajo y necesito poner mas atención a lo que estoy haciendo”

El menor posee una buena capacidad de concentración, su memoria a largo y corto plazo es el adecuado con respecto a su edad.

En marzo del 2008 se le aplicó una prueba de inteligencia arrojando los siguientes resultados:

| C.I       | RESULTADO               |
|-----------|-------------------------|
| VERBAL    | 113 ARRIBA DE LO NORMAL |
| EJECUCION | 119 ARRIBA DE LO NORMAL |
| TOTAL C.I | 118 ARRIBA DE LO NORMAL |

En el análisis de las calificaciones obtenidas en cada sub prueba se observa un adecuado manejo del pensamiento conceptual, habilidad para establecer relaciones, emplear el pensamiento abstracto y lógico, para discriminar las relaciones fundamentales de las superficiales mostrando flexibilidad en los procesos de pensamiento. Posee un buen nivel de información, adecuada memoria, atención e interés en el medio; ambición y curiosidad intelectual, la necesidad de acumular conocimientos podría ser una conducta compensatoria para obtener seguridad.

El área de ejecución presenta mayor equilibrio presentando altas calificaciones en todas las sub pruebas. En general su percepción y concentración son buenas, presenta buena atención hacia los detalles, es hábil para establecer una serie de aprendizajes rápidamente y para diferenciar entre detalles esenciales y los que no lo son. Presenta capacidad de planeación, capacidad para anticipar de manera significativa resultados que pueden esperarse de diversos actos de conducta, previsión, procesos secuenciales de pensamiento

y habilidad para sintetizar. Su integración visomotora y espacial es buena por lo cual se encuentra adecuadamente orientado en el espacio. Presenta habilidad para formar conceptos, velocidad y exactitud para evaluar un problema, adecuada coordinación mano – ojo, buena capacidad de razonamiento no verbal.

Se ha observado al menor también en el caso contrario cuando presenta problemas en su concentración, el área que requiere de mayor estimulación es la verbal ya que presenta juicio social deficiente; tiende a fracasar al tomar responsabilidades personales, es decir que es dependiente, inmaduro y trata de forma limitada a los demás, su pensamiento tiende a ser concreto.

Pasemos a las **ideas de muerte o suicidio**. Es importante mencionar que el menor no muestra indicadores significativos sobre el suicidio, la muerte por otro lado le da miedo. Como veremos en este extracto de la entrevista.

“me da miedo la muerte, además todavía estoy muy chico y me quiero morir cuando ya este muy viejito”

El suicidio no lo contempla, ya que sus expectativas a futuro son muy altas ha referido en muchas ocasiones que le gustaría ser adoptado por una familia y poder desarrollarse y trabajar aunque no sabe bien lo que le gustaría estudiar.

Algo que se considera importante es que ha vivido dos muertes dentro de la institución la primera se refiere a la madre de un compañero y la segunda la de una compañera.

Debido a esto él trata de tomarse su medicamento a la hora establecida, llevar su dieta y las indicaciones del medico, ya que el sabe que sino sigue dichas instrucciones se puede enfermar y finalmente morir.

En la institución se le esta enseñando a que vea que medicamento es el que debe administrarse y la hora en que deben ser tomados, ya que sin este su calidad de vida se ira deteriorando.

La última categoría que nos queda por analizar es el **cambio de apetito** en el cual si hay observaciones que presentar, tomando en cuenta un extracto de la entrevista:

“casi todo me lo como, mira me gustan mucho los nopales, el pollo, la sopa, lo que casi no me gusta son las calabacitas pero si como bien solo cuando me duele la panza o me siento enfermo”.

El menor no reporta o da indicadores de tener problemas para comer y buscando dentro de su expediente no se encuentran datos que reporte dificultad o molestia en su apetito, en este sentido es como un niño “normal”, sin embargo si se hace una aclaración, en ocasiones el menor puede padecer problemas para comer debido a su cambio de medicamento y puede alterar el sabor de la comida e inclusive presentar vomito.

### **CASO 3**

#### **HISTORIA CLINICA**

Nombre: Anónimo

Edad: 7 años 9 meses

Fecha de Nacimiento: 1 de septiembre de 1999.

Género: Masculino

Lugar de Nacimiento: San Félix Rijo Tilapa, Puebla

Nacionalidad: Mexicana

Domicilio: Casa – Hogar, Ser Humano A.C.

Nivel Académico: Preescolar incompleto

Fecha de ingreso: 31 de mayo de 2007

Nivel socioeconómico: Bajo

Referencia: Por el Diputado Federal Suplente Prof. Jorge Méndez Spíndola del PRD de Puebla.

Motivo de Ingreso: Seguimiento en la atención y cuidados requeridos por el menor por parte de la familia.

Fecha: 11 de junio de 2007

Es un menor de 7 años 9 meses de edad cuya apariencia física concuerda con su edad cronológica.

Su complexión es delgada, tez morena, cabello y ojos oscuros. Su apariencia física en el momento de la observación es de cierto cuidado y aliño.

En el momento de la observación se presenta con lenguaje y comunicación oral fluida llamando la atención a la entrevistadora la entonación de su vocabulario ya probablemente es característico de su lugar de origen que es Puebla, no es extenso, tiene dialogo dirigido con la entrevistadora, designa objetos y pronunciación de palabras sueltas y tiene tono de voz, volumen y ritmo bajo. No sabe leer.

Su desarrollo viso-motor grueso es el esperado para niños entre 6 y 7 años ya que presenta facilidad para movimientos corporales como son el brincar en un pie, rodar, saltar en dos pies, habilidad para subir y bajar escaleras y sillas, patear, arrojar una pelota.

Respecto a la coordinación fina, presenta coordinación oculo-manual, lateralidad dominante es derecha, su letra es grande con alteración en la escritura y trazo deficiente, traza mediante imitación.

El estado cognoscitivo tiene contacto visual, presenta atención y concentración al realizar una actividad, tiene memoria a corto y largo plazo, presenta constancia de objeto, reconocimiento visual de personas, tiene comprensión de lenguaje y sin embargo no sigue instrucciones, le faltan límites. Presenta cálculo de operaciones matemáticas bajo ya que solo suma hasta el número 5.

En cuanto al afecto y estado, tiene tolerancia a la frustración, le gusta jugar acompañado y a veces solo, no sigue instrucciones y no tiene límites al hablarle un adulto, tiene control de esfínteres, al ingresar el menor a la institución se mantiene aislado, callado y visiblemente enojado; sin embargo posteriormente se integra con sus demás compañeros.

De igual forma se analizarán por medio de la entrevista, los test aplicados, la historia clínica y de igual forma algunas otras pruebas que servirán como apoyo para sustentar dicho análisis.

### **AUTOESTIMA**

Se expondrá conforme lo establecido antes señalado y comenzaremos con la **dimensión física**, analicemos un extracto de la entrevista en donde veremos de que forma le afecta y como la vive.

“yo no soy muy bonito casi no me veo al espejo porque me siento feo y pienso que los demás niños a veces me ven feo, pero tener otro cuerpo o ser otro niño así como David o Álvaro”

Se puede ver que no se siente atractivo y no le agrada su cuerpo, por lo tanto en este sentido se ve limitado y anhela el tener otro cuerpo aunque estos no sean superiores a él, su vigor físico es bajo. No se siente capaz de defenderse de otros niños, y permite que lo agredan.

Sin embargo no se ve limitado para realizar actividades deportivas o culturales, ya que a diferencia de otros niños con quien vive en la institución, su desarrollo físico no está afectado significativamente.

Su desarrollo viso-motor grueso es el esperado para niños entre 6 y 7 años ya que presenta facilidad para movimientos corporales como son el brincar en un pie, rodar, saltar en dos pies, habilidad para subir y bajar escaleras y sillas, patear, arrojar una pelota. De tal manera que vive su dimensión física como una oportunidad, en el cual puede descargar toda su energía y ser como cualquier niño de su edad.

Su **vinculación** es importante ya que para el menor resulta importante este aspecto. Se tomarán como apoyo para el análisis parte de la entrevista, la historia clínica.

“Tengo un hermano, que luego viene a verme, con mi abuelito, ellos me cuidaban, vivía en un pueblo en Puebla, y me trajeron aquí porque ya no teníamos dinero y a veces no me daban mi medicamento, pero luego vienen a visitarme y eso me gusta porque me preguntan como me siento o me traen dinero y veo a mi hermano con el que jugaba mucho”.

La forma que él establece lazos afectivos con su familia resultan significativos sin embargo, hay datos en los cuales no concuerda aun no se sabe si conoció a su madre, pero conoce a sus abuelos y establece buena comunicación, en el cual el menor se siente querido y protegido, vive su hermano mayor establece buenos vínculos ya que realizaban actividades deportivas fortaleciendo los lazos, sin embargo es llevado a la institución por falta de recursos económicos.

El menor al llegar a la institución se ve desamparado, por lo tanto el vínculo afectivo se rompe totalmente. Aparecen algunas conductas como: llanto, inseguridad, agresividad y aislamiento.

Sin embargo se ha observado que sus familiares siguen visitándolo y cambia su vinculación desorganizado-organizado, esto quiere decir que saluda a su abuelo o hermano alegremente pero no le presta ya la atención suficiente, realiza posturas extrañas como acurrucarse en el suelo, también presenta miedo hacia su abuelo debido a su comportamiento en la institución. Por lo tanto vive la vinculación en ambivalencia por un lado es significativo establecer lazos ya que forman parte del desarrollo, no obstante se ve resistente a la vinculación con la gente que lo rodea.

Veremos mas adelante en la siguiente categoría como van entrelazados la vinculación afectiva y su dimensión social.

Veamos la **dimensión social** y como la vive así como lo que significa para el y como lo percibe para los demás. Tomaremos algunos extractos de la entrevista, los test aplicados en la investigación para sustentar el análisis.

Veremos un extracto de la entrevista para comenzar.

“A veces siento que mis compañeros no me quieren Es que luego no me prestan sus cosas o cuando hacen sus juegos no me incluyen y Chelita les tiene que decir que yo también juego, y a veces hago lo que ellos me dicen y así me aceptan pero solo un rato, y luego se les olvida, a veces extraño a mi hermano porque jugaba mucho con el y nos cuidábamos o luego también cuando jugábamos los dejo ganar para que no me digan nada”.

Como antecedente es importante mencionar que el menor no tenía un círculo social, debido a miedo por parte de sus familiares de su enfermedad. Ahora bien, el menor al llegar a la institución no se relacionaba y se veía inseguro y aislado, con el paso de los meses fue aprendiendo a socializar, su comportamiento se fue modificando, relacionándose, se inscribe a la escuela con la finalidad de recibir una educación básica. En este tiempo se siente inseguro en sus relaciones interpersonales, no se percibe como un niño popular, no logra establecer expectativas sociales de aprobación y receptividad por parte de otras personas, tiene poca habilidad en sus relaciones interpersonales.

Por lo tanto el mundo lo percibe como agresor y amenazador, en el cual no hay un sentido de pertenencia. ¿Qué mecanismos utiliza el menor para compensar dicha dimensión? Hemos observado que presenta las siguientes características:

- Se muestra ansioso por cumplir las necesidades de quienes lo rodean con la finalidad de integrarse al grupo.
- Hay impulsividad como una consecuencia generando conflictos conductuales.
- Se siente frustrado experimentando sentimientos de falta de independencia.

La diferencia que encontramos en este caso ha sido el único niño que no es aceptado por sus compañeros y algunas deducciones pueden ser: la lucha por el miedo a perder su liderazgo por parte de algunos de sus compañeros, asumimos que el quien ha tenido un mayor crecimiento y desarrollo físico, por lo que también influye notoriamente en relación con los otros.

Su **dimensión académica** veremos la forma en que ha influido en su vida, tomaremos como referencia parte de la entrevista y sus calificaciones.

Empecemos con un extracto de la entrevista para poder hacer el análisis correspondiente:

“Si la escuela me gusta porque aprendo muchas cosas que no sabia, estoy aprendiendo a leer y a escribir y cuando aprenda a leer mejor ya podré leer cuentos y revistas, porque luego nada mas veo las figuras pero no entiendo lo que dicen, luego chelita me lee cuentos y yo con las figuras me doy cuenta de que trata el cuento”

En este extracto de la entrevista podemos observar varios puntos. Sin embargo es importante aclarar que el menor no curso ningún grado de educación hasta la llegada a la institución, se encuentra actualmente cursando el primer año de educación primaria, esto debido a la falta de recursos económicos y temor de la enfermedad por sufrir algún tipo de discriminación por parte de sus familiares.

Ve la escuela como un espacio en donde aprende y genera conocimiento, desarrolle habilidades y capacidades que le permitan comprender su mundo mejor.

Se le aplicó la prueba de inteligencia llamada WIS con la finalidad de hacer un diagnostico y pronostico, de tal manera que se fortalezca su rendimiento académico arrojando los siguientes resultados:

## Resumen cuantitativo.

|                 |    |                     |
|-----------------|----|---------------------|
| C. I. Verbal    | 68 | Deficiencia mental  |
| C. I. Ejecución | 85 | Debajo de lo normal |
| C. I. Total     | 74 | Limite              |

Veremos la interpretación correspondiente de cada escala:

En el análisis de las calificaciones obtenidas en cada sub prueba se observa un desempeño deficiente en todas las áreas. Así mismo en el puntaje alcanzado muestra un desajuste significativo en sus capacidades de aprendizaje.

El área verbal es la de menor fortalecimiento lo cual sugiere: un rango de información y memoria deficientes. Juicio social inadecuado, fracaso al tomar una responsabilidad personal, inmadurez, tendencia al pensamiento concreto y dificultad para expresar verbalmente ideas y sentimientos. Habilidad inadecuada para el cálculo mental, concentración deficiente, distracción y ansiedad ante tareas escolares.

En el área de ejecución presenta deficiente Integración visomotora, dificultad en la organización visual, dificultad para anticipar acontecimientos y sus posibles consecuencias, fracaso en el uso de señales.

Dentro de esta área se encuentran características en las cuales alcanzo puntajes por debajo de lo esperado pero más altas con referencia al resto, con mayor tendencia a potencializarse: pensamiento conceptual, habilidad para emplear el pensamiento abstracto y lógico, percepción y concentración, organización perceptual, planeación y precisión. Requiere actividades que fomenten estas habilidades.

De acuerdo a lo observado en las sesiones de valoración y en el análisis de los errores cometidos se determina que su puntaje no esta determinado por daño neurológico por lo tanto los antecedentes de ambiente familiar y educativo poco estimulantes pueden haber limitado el desarrollo de habilidades para el aprendizaje, no puede considerarse un problema de aprendizaje sino consecuencia del cambio socio cultural que esta viviendo.

A continuación se muestra su boleta de calificaciones correspondiente al ciclo escolar 2007-2008.

| CASO:3                               |                       |                        |                  |                    |                        |                       |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|
| GRADO: PRIMERO                       |                       |                        |                  |                    |                        |                       |
| PROFESORA: ANA LILIA SEGURA GONZÁLEZ |                       |                        |                  | PERIODO: 2007-2008 |                        |                       |
|                                      | septiembre<br>octubre | Noviembre<br>Diciembre | Enero<br>Febrero | Marzo<br>Abril     | Mayo<br>junio<br>Julio | Calificación<br>Final |
| Español                              | 8                     | 7                      | 6                | 6                  |                        | 76.8                  |
| Matemáticas                          | 8                     | 8                      | 6                | 6                  |                        | 66.8                  |
| Conocimiento<br>del medio            | 8                     | 9                      | 8                | 6                  |                        | 98.0                  |
| Educación<br>Artística               | 8                     | 9                      | 9                | 7                  |                        | 98.4                  |
| Educación<br>Física                  | 10                    | 10                     | 10               | 10                 | 10                     | 10                    |
| Inasistencias                        | 2                     | 0                      | 5                | 2                  | 1                      |                       |
| Promedio G                           | 8.0 (ocho punto cero) |                        |                  |                    |                        |                       |

Por otro lado la escuela también la ve como un espacio en el cual su círculo social sea más abierto y genere mayor relaciones interpersonales, se encontró que en la escuela cuenta con mayor aceptación que en la institución, generando mayor seguridad en él y para los demás, compensando su dimensión social.

Concluimos que el menor se encuentra dispuesto aprender y enfrentar los retos que de esta dimensión emanen, como es: responsabilidad, esfuerzo y a la vez genere seguridad de lo que realiza

### **DEPRESION**

Como parte de nuestra investigación analizaremos cada una de las categorías establecidas previamente utilizando como apoyo, los test aplicados, la historia clínica y la entrevista. El menor mostró indicadores de depresión, analicemos las categorías de tal forma que nos permitan encontrar el porque.

Siguiendo la escala del CDI y debido a que se puede detectar si presenta síntomas depresivos, así como también por medio de la observación, se hace referencia que a partir de un puntaje de 13 en el área clínica se puede considerar una posible depresión:

| Puntaje Obtenido | Presenta síntoma |
|------------------|------------------|
| <b>16</b>        | <b>Si</b>        |

Con este resultado se puede deducir que puede presentar algún síntoma depresivo y siguiendo los criterios del DSM-IV-R como son:

- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Las ideas de culpa y sentirse inútil
- Problemas de conducta/disciplina
- Dificultad al concentrarse

En este caso su baja autoestima, las ideas de culpa y problemas de conducta son las que se presentan con mayor frecuencia.

La primera es cambio en el rendimiento académico este va de la mano con la autoestima específicamente en la dimensión académica. Como hemos observado a lo largo de este caso el menor no tuvo acceso a una la educación básica. Hasta su llegada a la institución. Se puede inferir que algunos de los motivos son:

- No encuentra motivación y baja tolerancia a la frustración.
- Cuando sus familiares lo visitan en la institución, establece una ambivalencia en los lazos afectivos.
- Cuando constantemente el menor es sancionado y regañado, ya que se percibe agredido.
- No ha sido motivado y reforzado en el área pedagógica.
- Aislamiento social, pobre comunicación.
- Cuando se encuentra enfermo debido a una enfermedad oportunista.

Consideramos que en este caso el factor primordial que afecta el cambio en el rendimiento académico son:

- Su Dimensión Social: El no sentirse parte del grupo y aceptado, el menor constantemente se siente agredido y amenazado.
- La falta de apoyo psicológico y pedagógico.

Por lo tanto el menor requiere que se le proporcionen herramientas que le permitan desarrollarse y llevarlas a la práctica para mejorar en este rubro.

La siguiente categoría dentro de la depresión es la **culpabilidad**. En este sentido analizaremos algún extracto de la entrevista, historia clínica para sustentar dicho análisis.

Fundamentalmente analizaremos un extracto de la entrevista y después comentaremos.

“A veces siento que me regañan mucho y me sancionan a cada rato, que porque dicen que a veces me porto mal, A veces nada me dejaban hacer lo que quisiera, solo me decían ya no lo vuelvas hacer y aquí si me sancionan y regañan y es lo que a veces no me gusta de estar aquí”

Analizando este pequeño discurso se genera la culpa, pero veamos el porque, él venia de una familia en la cual nunca se le manejaron limites y todo le permitían, debido a su condición. Cuando llega a la institución conoce otro mundo totalmente distinto en el que hay reglas y obligaciones que deben realizar todos los niños. Para el menor fue un cambio fuerte, por lo que su adaptación ha sido difícil, vive con sentimientos de culpa todo el tiempo.

Veamos otro extracto.

“A veces si siento culpa solo cuando me porto mal, o cuando no quiero que regañen a mis compañeros, porque no me gusta que los regañen y sancionen, no de todo tengo yo la culpa pero si a veces creo hago cosas en las que es mi culpa, cuando no obedezco”

Acepta que en ocasiones provoca o hace actividades que no son las adecuadas para él y sus compañeros, por lo tanto viene una sanción y acepta la culpa, además se adjudica acciones que no le corresponden y son provocadas por otros compañeros.

¿Entonces que pasa por el menor que todo el tiempo piensa que lo que hace es su culpa? Se ha observado que muchas veces con la finalidad de ser aceptado y reconocido por sus compañeros que viven con él en la institución protege a sus compañeros, sin importarle la sanción o castigo que pueda tener.

La **dificultad para concentrarse** es importante para este caso ya que analizaremos que factores influyen por medio de la entrevista y lo observado durante la misma.

Se le ha observado que le cuesta trabajo concentrarse sin embargo tomaremos un extracto de la entrevista y después la analizaremos.

“Aprendo y hago muchos amigos, es que a veces nos dejan mucha tarea y luego no entiendo, me gusta mucho aprender aunque a veces si se me olvidan, en los exámenes luego aunque haya estudiado me pongo medio nervioso y se me empiezan a olvidar las cosas”.

Refiere que le es fácil aprender y cree poseer buena memoria, sin embargo durante la aplicación de los test se le reforzaba constantemente y preguntaba si lo que hacia estaba correcto. Por lo tanto y como se menciona en la dimensión académica requiere de fortalecimiento y estimulación. Así mismo de estrategias que le permitan desarrollar su memoria a corto y largo plazo.

No obstante adquiere conocimiento y habilidades que le permitan desarrollarse principalmente en lo intelectual.

La siguiente corresponde a la **falta de energía o fatiga** y es importante realizar un análisis ya que como se indico anteriormente el menor presenta depresión, sin embargo para esta categoría resulta lo contrario veamos, extractos de la entrevista.

“Me gusta mucho jugar, correr, ver televisión, jugar tazos, hacer muñecos con plastilina ah y el ajedrez, a veces cuando corro mucho si me duele la panza un poco y ya después dejo de correr y se me quita”

A diferencia de los otros casos este es el único que su energía no se ve afectada, gusta de cualquier actividad deportiva, recreativa y solo le afecta cuando le cambian su medicamento en donde presenta algún malestar físico o alguna enfermedad oportunista.

Por lo tanto el vive esta categoría como un niño “normal”, disfruta de las salidas a parques o centros recreativos en donde libera todo esa energía, no obstante esta energía le ha traído consecuencias ya que el personal que esta a cargo de él no saben manejarlo y es confundido como un niño desobediente y poco tolerable.

Se da cuenta de la forma en que es tratado a diferencia de sus demás compañeros, es sancionado constantemente sintiéndose agredido y rechazado también por el personal de la institución.

Se han encontrado algunas observaciones que presenta en su vida cotidiana:

- Actividad motora excesiva o inapropiada.
- Problemas de adaptación social.

Se concluye que esta categoría es primordial para el menor, ya que es donde canaliza toda su energía para poder desarrollar sus habilidades y capacidades.

Continuamos con los **frecuentes pensamientos de muerte y suicidio**. Este punto es primordial ya que presenta depresión veremos de que manera influye en la vida de este.

Analizaremos un extracto de la entrevista para apoyarnos en el análisis así mismo de los test aplicados.

“Yo no pienso en matarme estoy muy chico, además me da miedo y me quiero morir cuando ya este viejito”

No presenta signos de muerte o suicidio, ya que lo ve con temor al no saber que pasara después. Sin embargo ha vivido la muerte de su madre y abuelita como lo relata en otro extracto de la entrevista:

“Cuando murió mi mama ella me cuidó antes de que me trajeran para acá, ella me tenía mucha paciencia, el otro día que vino mi abuelito a visitarme me dijo que mi abuelita ya se había muerto, pero le dijo que me portara bien y que obedeciera y fuera un buen niño, Porque mi abuelito me dijo que ella ya estaba en el cielo y las personas cuando se mueren se van al cielo, así que cuando yo me muera voy a ver a mi abuelita y a mi mama”

Observamos que ya ha vivido dos muertes significativas, por lo tanto su familia lo ha apoyado en el sentido religioso ya que después de la muerte cree que podrá ver a sus familiares, para este constituye una esperanza y de tal modo que disminuya su miedo a la muerte lo vive como algo lejano, cuenta con una visión a futuro.

Consideramos que a diferencia de otros niños el menor no tiene todavía conceptualizado a la muerte, a pesar de estar latente debido a la enfermedad que padece. Consideramos que este factor no es primordial para la depresión que padece.

La última categoría corresponde a **Cambio en el apetito**. Veamos un pedazo de la entrevista para después analizarlo.

“La comida a veces me gusta y a veces no me gusta, lo que mas me gusta es el pollo del Kentucky, y lo que casi no me gusta son las verduras, pero siempre me como todo”

El menor no presenta ningún problema dentro de esta categoría, y su desarrollo en este sentido es como el de cualquier otro niño, disfruta comer de dulces, palomitas. Sus hábitos alimenticios son como totalmente normales sin presentar alguna diferencia. Sin embargo se hace una observación el medicamento que toma para el control de su enfermedad en algunas ocasiones puede alterar el sabor de ciertos alimentos, por otra parte si ha presentado algunos dolores de estomago pero esto se debe a comer en ocasiones cosas muy grasosas e irritantes lo cual en combinación con su medicamento provocan mareos o nauseas.

## **CASO 4**

### **Historia Clínica**

Nombre: Anónimo

Edad: 11 años

Fecha de nacimiento:.

Género: Femenino

Lugar de nacimiento:

CURP:

Nacionalidad: Mexicana

Domicilio: Ser Humano, A. C., Fray Servando Teresa de Mier 104, Col. Centro,  
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06740, México, D. F.

Nivel académico:

Fecha de ingreso:

Nivel socioeconómico: Bajo

Referencia: Agencia 59 Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

### **FAMILIOGRAMA**

No se encuentran datos específicos en expediente, sobre su familia de igual forma todo su historial con respecto a su tratamiento farmacológico y psicoemocional.

De igual forma que con el caso anterior se expondrán las categorías establecidas, y haciendo un análisis, de estas. Se utilizara algunas herramientas para sustentar el análisis: la historia clínica, extractos de la entrevista y los test aplicados.

## **AUTOESTIMA**

La primera categoría nos enfocaremos a la dimensión física y analizaremos de que forma vive y los diferentes factores que influyen en su vida. Veamos un extracto de la entrevista.

“Me gustaría ser actriz porque me gusta luego cuando antes veía las telenovelas y me gustaría estudiar además hacer diferentes papeles como de villanas y luego también hacerla de buena me entiendes verdad. Si te entiendo además las actrices son muy bonitas y yo creo que no estoy tan fea como otros niños”, si tuviera otra cara mas bonita probablemente me querrían mas y estaría viviendo mejor, que fuera un poco mas alta y delgadita me sentiría mejor”

Hace referencia constantemente a su cuerpo y podríamos decir que vive una ambivalencia, por un lado se siente bonita y considera que le ayudara para poder realizarse y alcanzar sus expectativas en un futuro sin embargo ella cree que el tener rasgos más finos seria apreciada y querida por la gente que lo rodea.

Se ha observado que dentro de la institución en ocasiones se arregla, utilizando maquillajes, pintando sus uñas, es decir manteniendo un adecuado aseo personal, lo cual es importante para ella, de tal forma compensar los efectos que trae consigo la enfermedad. Su físico si es importante también para poder establecer relaciones interpersonales.

Su dimensión física no es un impedimento para poder realizar actividades deportivas o recreativas ya que cuenta con la estatura y peso ideal con respecto a su edad. Por lo tanto no es un factor desencadenante para la depresión que presenta.

A continuación veremos la **vinculación** con la finalidad de analizar de qué forma la enfrenta y vive. Se tomaran algún extracto de la entrevista, así mismo se corrobora con otras pruebas aplicadas anteriormente solo para dar sustento el análisis.

Veremos desde su familia y hasta el día de hoy por medio del extracto de la entrevista.

Mi mama ya se murió se llamaba Mari carmen y murió de cáncer, porque fumaba mucho y ese día me acuerdo que estaba en el hospital y mi tía me dio la noticia estaba en la sal de espera porque no me dejaban entrar decían que estaba muy chica para que pudiera entrar” mi mama y me quería mucho y no me pude despedir porque estaba en la sala de espera con mis otros hermanos”

El vínculo que establece con su madre fue significativo, ya que la ve como una figura protectora y satisface todas sus necesidades afectivas, sin embargo sufre la pérdida debido a la enfermedad distinta a la que ella padece, desea estímulos amorosos primarios pero su condición cronológica la limita para conseguirlos.

Seguimos con otra parte de la entrevista en donde vamos asumiendo la importancia que tiene en la menor en establecer estos vínculos:

Mi tía Elizabeth ella tiene 30 años y se llevaba muy bien con mi mamá, y cuando ella falleció se hizo cargo de nosotros por un tiempo, porque ya después se fue a vivir a otra ciudad y nos quedamos a cargo de mi abuelita, pero como ella ya estaba grande llamo al ministerio público para que a mi y mi otro hermano nos llevaran a una casa hogar”

Los lazos afectivos que estableció en general con toda su familia fueron significativos, debido a que tenían una buena relación de comunicación, había ayuda mutua, sin embargo al llegar a la institución cambia totalmente estos lazos, dando como resultado carencias afectivas en las cuales no ha podido compensar.

Con respecto al inventario de Coopersmith su puntaje fue el siguiente:

| PUNTAJE CRUDO | CATEGORIA                |
|---------------|--------------------------|
| 28            | Muy inferior a lo normal |

En esta área en específica se puede observar con una autoestima baja y en ocasiones la menor no establece buenos vínculos es decir puede presentar conflicto o tener una concepción de lo que es malo y bueno dentro del marco familiar.

Dentro de la autoestima corresponde a la **dimensión social**, que va unido a la categoría anterior. Veamos pues como vive la menor esta categoría y de que forma le afecta o beneficia, de igual forma utilizaremos extractos de la entrevista realizada, test.

Comenzaremos utilizando un extracto de la entrevista y después analizaremos:

Yo no me siento parte del grupo, porque ellos no son mi familia y aunque vivo con ellos no me gusta estar aquí, en mi casa si me gustaba estar pero aquí no, y en la escuela tampoco no me gusta, solo a veces, porque luego siento que mis amigos no me comprenden o que también están muy chicos y hablan cosas de niños, y juegan que con muñecas o así y solo me junto con 2 niñas que nos entendemos y nos platicamos de varias cosas.

Como vemos no se siente parte de sus compañeros, debido a que todavía cuenta con su familia y aunque esta no la ha visitado anhela con regresar a ellos Se siente inadecuada, es insegura ante situaciones sociales, no sabe como reaccionar no logra relacionarse con los demás, socializa inadecuadamente por que tiende al egocentrismo, mostrándose introvertida ante la gente fomentando la falta de contacto con los demás.

Veamos otro extracto de la entrevista en donde sigue reforzando y vive de forma negativa:

“Son muy aburridos y no estoy acostumbrada a estar mucho tiempo encerrada como antes en mi casa salíamos y nos íbamos a cenar o luego ya me levantaba tarde y terminaba a veces mi tarea y me metía a bañar para que no se me hiciera tarde en ir a la escuela, pero aquí no salimos entre semana solo a veces los sábados o cuando tenemos visitas, pero aquí yo me aburro por eso luego me pongo de malas o no quiero hablarle a la gente, no me siento a gusto incluso a Chela casi no le hablo”.

Como hemos observado el puntaje es el mismo en la escala del Inventario de Coopersmith sin embargo lo enfocaremos al área social:

| PUNTAJE CRUDO | CATEGORIA                |
|---------------|--------------------------|
| 28            | Muy inferior a lo normal |

No existe un merito y seguridad personal en sus relaciones interpersonales, puede percibirse como insignificante y no ser una niña popular, no posee habilidades en las relaciones con amigos y extraños en sus diferentes marcos sociales. Por lo tanto consideramos que esta dimensión es un factor significativo en la vida de la menor.

Abordaremos la **dimensión académica** en el cual resulta importante en la vida de la menor y veremos como la vive y la forma en que le afecta. Tomaremos parte de la entrevista, y la prueba de inteligencia WISC.

Tomaremos un extracto de la entrevista con referencia a la escuela:

“Aprendo muchas cosas y hago amigos, cosas como divisiones y restas y todo eso además me sirve para no aburrirme, a penas estoy subiendo de calificaciones, porque luego me aburre o no entiendo muy bien algunas cosas, y cuando saco malas calificaciones me da mucho coraje y me enoja”

Veamos como en extracto vive la escuela como un espacio en donde desarrolla habilidades es decir, lo ve como una superación y un espacio en donde puede establecer relaciones sociales que le permitan compensar sus carencias afectivas, al mismo tiempo pertenecer a un grupo que la acepte. Sin embargo su baja tolerancia a la frustración no le permite alcanzar sus objetivos y metas. En ocasiones ella no se siente capaz de poder realizar sus trabajos escolares, por lo que se le tiene que motivar constantemente, de forma que alcance el éxito.

Analicemos ahora la prueba de inteligencia que se aplicó con la finalidad de seguir sustentando el análisis.

La escala de inteligencia WISC-RM arrojo los siguientes resultados:

|              |    |                    |
|--------------|----|--------------------|
| CI VERBAL    | 66 | Deficiencia Mental |
| CI EJECUCION | 70 | Limite             |
| CI TOTAL     | 65 | Deficiencia Mental |

Analizando de forma desglosada las calificaciones obtenidas por la menor implican un rango de información deficiente, memoria deficiente, hostilidad hacia tareas escolares, pocas experiencias de logro, tendencia renunciar fácilmente a tareas intelectuales. Habilidad inadecuada para el calculo mental, distracción

Su juicio social y sentido común es inadecuado, es dependiente, tiende a fracasar cuando se le encomiendan responsabilidades, su desarrollo es inmaduro limitando su trato con los demás.

Su comprensión verbal es deficiente, pobre desarrollo de las habilidades verbales y de lenguaje, antecedentes de ambiente familiar y educativo poco estimulantes y que limitaron el desarrollo de estas habilidades. Maneja un alto nivel de ansiedad que le impide mantener su atención y concentrarse ocasionalmente puede llegar a presentar conductas hiperactivas leves.

Por lo tanto consideramos que la menor si influye esta dimensión en su autoestima y por otro lado es un factor en el cual desencadenante para la depresión que presenta.

## **DEPRESION**

Comenzaremos ahora analizar las categorías de la depresión y veamos la forma en como la vive y que factores afectan. La primera que nos corresponde es el **cambio en el rendimiento académico**. Esa categoría va muy aunada a la dimensión académica, sin embargo aquí observaremos en que momentos la menor puede alterar su rendimiento académico.

Un dato importante y que no hemos mencionado corresponde a la forma en como la ven sus compañeros de la escuela e inclusive los mismos de la institución veamos un extracto de la entrevista:

“A veces algunos niños de aquí piensan que estoy amargada Porque dicen que de todo me enojo, pero no de todo me enojo lo que pasa es que no me siento a gusto aquí, por lo mismo de que no salgo como antes y luego algunos niños me desesperan porque dicen puras tonterías”

No esta consciente de lo que constituye la escuela y el superarse, otro factor importante el no saber establecer relaciones sociales que le sean significativas, y a diferencia de los otros casos la menor se siente incomprendida, por lo tanto sus cambios en el rendimiento suelen ser muy constantes, también encontramos la poca motivación con la que cuenta, las herramientas no han sido las adecuadas para su desarrollo académico.

Observemos su boleta calificaciones:

| Caso 4                          |                       |                        |                  |                    |                        |                       |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|
| GRADO: CUARTO                   |                       |                        |                  |                    |                        |                       |
| PROFESORA: ANTONIA URBAN ROMERO |                       |                        |                  | PERIODO: 2007-2008 |                        |                       |
|                                 | septiembre<br>octubre | Noviembre<br>Diciembre | Enero<br>Febrero | Marzo<br>Abril     | Mayo<br>junio<br>Julio | Calificación<br>Final |
| Español                         | 5                     | 6                      | 6                | 7                  |                        | 66.0                  |
| Matemáticas                     | 5                     | 6                      | 6                | 6                  |                        | 76.0                  |
| Ciencias<br>Naturales           | 7                     | 7                      | 6                | 6                  |                        | 76.6                  |
| Historia                        | 7                     | 7                      | 6                | 6                  |                        | 66.4                  |
| Geografía                       | 6                     | 7                      | 6                | 6                  |                        | 66.2                  |
| Educación<br>Cívica             | 7                     | 7                      | 10               | 7                  |                        | 98.0                  |
| Educación<br>Artística          | 9                     | 9                      | 9                | 8                  |                        | 98.8                  |
| Educación<br>Física             | 10                    | 9                      | 9                | 10                 |                        | 99.4                  |
| Inasistencias                   | 0                     | 0                      | 4                | 1                  | 0                      |                       |
| 7.1 (SIETE PUNTO UNO)           |                       |                        |                  |                    |                        |                       |

Por lo tanto si es un factor que influye en la depresión, ya que ella cree que no tiene la capacidad y habilidad suficiente para su desempeño escolar.

Pasemos a la **Dificultad para concentrarse** va muy unido con la categoría anterior. Veremos un extracto de la entrevista:

“Si aprendo rápido, lo malo a veces es que no se me quedan las cosas y tengo que volver a repetir, si me gustan lo que estoy haciendo si me concentro pero si no no”.

Tiene la voluntad y ganas de aprender sin embargo su falta de concentración no le permite alcanzar los logros y éxitos escolares, se le ha notado que presenta conductas hiperactivas, por lo cual no finaliza en algunas ocasiones sus trabajos escolares.

No obstante fuera del ámbito académico y en su vida cotidiana si mantiene su atención en cosas que le parezcan interesantes como son: pintar, colorear, leer revistas de modas, realiza trabajos domésticos, a ella le agrada limpiar y mantener aseado su cuarto de igual forma su aseo personal.

Por otro lado observamos que concuerda con el test aplicado arrojando los siguientes datos:

|                  |                               |
|------------------|-------------------------------|
| Puntaje Obtenido | Presenta síntoma<br>Depresivo |
| <b>25</b>        | <b>Si</b>                     |

De tal manera que esta categoría sí es un factor importante en el estado depresivo que presenta la menor.

Abordaremos ahora la **falta de energía y fatiga** por lo que veremos en que momentos presenta este síntoma y de que forma le afecta. Sustentamos el análisis por medio de la entrevista y test aplicado previamente.

La menor se ha observado que presenta falta de energía y fatiga en las siguientes circunstancias:

- Falta de interacción y rechazo con los demás es decir su medio lo percibe como agresivo lo que le trae como consecuencia que su nivel de energía sea bajo y se fatigue con facilidad.
- Algún cambio en su medicamento ya que en ocasiones le produce molestias físicas interfiriendo en su energía.

Otro aspecto que encontramos no le agrada participar en juegos deportivos y culturales, por lo cual lo compensa tratando relacionarse con los demás sin embargo es inadecuado su forma de socializar, esto debido a su egocentrismo y falta de tacto con los demás. La falta de motivación y aspiraciones en la menor son bajas, no encuentra actividades que le causen placer y se sienta bien consigo misma.

Retomando la prueba del C.D.I su resultado es el siguiente:

| Puntaje Obtenido | Presenta síntoma |
|------------------|------------------|
| <b>25</b>        | <b>Si</b>        |

Por lo tanto en este caso se complementa con la entrevista y se hace notario este aspecto su falta de energía y fatiga es un elemento que se considera importante en el estado depresivo de la menor.

A continuación se presenta **Frecuentes pensamientos de muerte y suicido.**

Veremos si afecta o esta presente estas ideas. Tomaremos un extracto de la entrevista para profundizar y analizar.

... No como crees yo todavía estoy chica y no me quiero morir todavía hasta que ya este muy viejita. Pero te tienes que tomar tu medicamento sino te morirías muy rápido.. Si ya me lo tomo antes no me lo tomaba pero me dijeron que sino me lo tomaba me podría enfermar y me iba a morir muy rápido y yo no quiero morirme ahorita.

Como podemos observar a pesar de tener una depresión no ha tenido pensamientos o ideas suicidas, ella ve la muerte como algo temeroso el cual evita hablar del tema, lo concibe como algo lejano. Sin embargo tomemos en cuenta que ya ha vivido la muerte de su madre, por lo que su duelo no ha sido trabajado y elaborado.

La última categoría corresponde a **Cambio en el apetito**, veremos pues la forma en que afecta a la menor y sus gustos por la comida. Analizamos por medio de la entrevista principalmente.

“A veces la comida de aquí no me gusta porque le falta sabor y no me gusta, Me gusta el pollo y las enchiladas verdes, y un poco el mole”

Su alimentación de la menor es la adecuada y no presenta problema alguno, ya que come al igual que cualquier niño, le gusta las papas fritas, dulces y chicharrones, ella sabe que tiene que guardar cierta dieta, y controlar las grasas. No hay indicadores significativos para que este sea un factor que desencadene su depresión.

Se hace una observación en algunas ocasiones la menor puede presentar dificultad para comer debido al cambio de medicamento (retrovirales) este a veces altera el sabor o induce al vómito.

## CASO 5

### Historia Clínica

Nombre: Anónimo

Edad: 7 años 6 meses

Fecha de Nacimiento: 14 de abril de 1999.

Género: Femenino

Lugar de Nacimiento: Hermosillo, Sonora.

Nacionalidad: Mexicana

Domicilio: Ser Humano, A.C., Fray Servando Teresa de Mier 104, Col. Centro,

Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06740

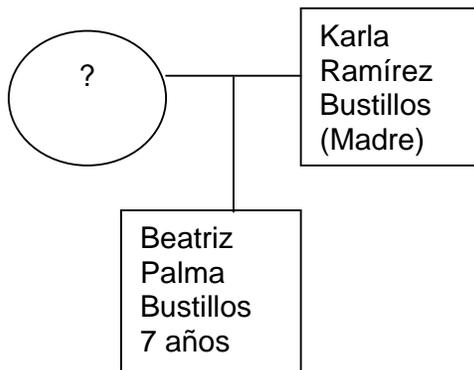
Nivel Académico: Ninguno

Fecha de ingreso: 18 de octubre del 2006.

Nivel socioeconómico: Bajo

Referencia: DIF Sonora

### FAMILIOGRAMA



Nombre de la madre: Elizabeth Palma Bustillos, de 28 años de edad y de quien se desconoce escolaridad y ocupación. Madre finada a los 44 años de edad por síndrome de desgaste y tuberculosis pulmonar. Padre seropositivo para VIH, en hermana mayor esta por corroborar.

Nombre del padre: Desconocido

Media hermana, de nombre Martha Cruz Palma de 01 año de edad, sin escolaridad y quien a la fecha se encuentra en Ser Humano AC.

### **Constelación Familiar**

De acuerdo con la información recabada en el expediente de la menor, las características de su familia nuclear de la que proviene son:

- Familia Incompleta: debido al fallecimiento de la progenitora a causa de Síndrome de Desgaste y tuberculosis pulmonar y a la ausencia del progenitor del seno familiar.
- Familia Disfuncional: debido al nulo interés del progenitor de la menor de las condiciones de salud de esta y de los cuidados requeridos por la menor Beatriz, ya que el señor Eleuterio encargo a la segunda con una Vecina, sin saber en que condiciones se encontraba esta y posteriormente se la llevo.

## **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Nombre de la madre: Elizabeth Palma Bustillos

Edad: 20 años

Abuelo materno: Antonio Palma.

Abuela materna: Rosario Bustillos Moreno

Madre finada a los 28 años por síndrome de desgaste y tuberculosis pulmonar.

Padre seropositivo para VIH, al igual que su hermana menor.

Antecedentes personales no patológicos: inmunizaciones completas, resto se desconoce

## **HISTORIA DE SALUD**

Antecedentes personales patológicos: Diagnóstico de VIH positivo mediante ELISA y confirmada por Western Blot el 31/07/2006, sin tratamiento a la fecha, se desconoce la vía de adquisición, si fue por transmisión vertical o por abuso sexual. Hospitalizada el 14/08/2006 con los diagnósticos de ingreso de pediculosis, furunculosis, eritema multiforme y síndrome de desgaste, siendo egresada el 11/10/2006 con los diagnósticos de síndrome de desgaste, neumonía nosocomial remitida y faringoamigdalitis.

Padecimiento actual: paciente femenino de 7 años 6 meses que es traída a Ser Humano A. C., el día 18/10/2006 con el fin de ser acogida en la Institución, para otorgarles los cuidados y atenciones médicas que requieren. A su ingreso la paciente asintomático.

Exploración física Peso: 24.3 kg, talla: 1.16 m, FC 92X', FR: 18X', T 36.5° C.

Femenina de edad aparente a la cronológica, conciente, orientada en tiempo, lugar y persona, normocéfala, sin hundimientos ni exostosis, pupilas isocóricas normorreflécticas, narinas permeables, faringe hiperémica con descarga retronasal mucopurulenta, cuello corto, sin adenomegalias, tórax sin datos de dificultad respiratoria, con movimientos de amplexión y amplexación normales, se percute claro pulmonar, se auscultan discretos estertores crepitantes en base pulmonar derecha, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, no doloroso, sin megalias, se percute timpanismo en marco cólico, miembros sin alteraciones.

Dx: Faringoamigdalitis pb bacteriana, tuberculosis pulmonar a descartar y pb VIH en control.

Tratamiento:

Dieta normal hiperprotéica.

Trimetoprima con sulfametoxazol (tab 80/400 mg), dar ½ tab lunes, miércoles, viernes.

Se envió para revisión en Hospital General de México, así como para toma de laboratorios ELISA y BAAR el 20/10/2006, en espera de resultados.

En espera de resultados de carga viral y conteo de CD4 para poder iniciar tratamiento farmacológico para controlar la infección.

Su cartilla de vacunación es la siguiente:

**Vacunas**

- BCG : al nacer:14 de abril 1999; preliminar: 14 de abril 1999
- Sabin: única.; 1 dosis: 16 jun/1999, 2 dosis: 17 ago/1999.; 3 dosis: 30/oct/1999
- Pentavalente: 1 dosis: 16/jun/1999, 2 dosis:17/ago/1999, tercera: 30 oct/1999.
- DPT: refuerzo1: 30/abril/2001, refuerzo 2: 30/jun/2003
- Triple Viral: 1 dosis:17/jun/2000; 2 dosis: 14 jun/2005

## **AUTOESTIMA**

Comenzaremos por la dimensión física y para esto tomaremos algunos extractos de la entrevista que se realizó, los resultados de los test y lo observado y trabajado con la menor.

“Me considero una niña fea y luego mi cuerpo tampoco no me gusta mucho, yo me siento fea y a veces eso hace que no tenga ganas de hacer nada, siento que no me quieren porque estoy fea, luego por eso no me peino o me arreglo así como otros niños”

Se considera una niña en el cual su aspecto físico si le afecta demasiado y le impide en varias ocasiones poder relacionarse con los demás, así mismo vive con sentimientos de rechazo. De tal manera que se ve desvalorizada y no encuentra ningún atributo físico que le agrade. Sin embargo realiza actividades deportivas y culturales, que compense y equilibre esta dimensión, sus relaciones espaciales son adecuadas y acordes a su edad.

Le agrada participar en los festivales que realizan en la escuela compensa esta dimensión con lo académico que se abordara mas adelante. Una de las materias que encuentra satisfactorio es la educación en donde fortalece y desarrolla sus habilidades espaciales y temporales.

Ahora bien se ha notado que su higiene personal es muy pobre es decir, no se arregla tiene la creencia de verse totalmente igual, por lo que constantemente se refuerza esa área.

Tomando en cuenta el inventario de Coopersmith arroja los siguientes resultados:

| PUNTAJE | CATEGORIA               |
|---------|-------------------------|
| 24      | INFERIOR A LO<br>NORMAL |

De esta manera se complementa con la entrevista afectando notablemente su dimensión física; existe una desvaloración de sí misma lo cual le impide encontrar atributos físicos.

Por lo tanto esta categoría influye demasiado en la vida del menor, por lo que consideramos como un factor que desencadena la baja autoestima.

Ahora analizaremos la **vinculación** veamos como la menor vive y establece lazos significativos con su mundo y de que forma le afecta. Utilizaremos como apoyo para el análisis la entrevista, historia clínica.

Tomaremos un extracto de la entrevista en donde nos relata la relación con su madre y después analizaremos la manera en que influyo.

“ella me cuidaba mucho, y me quería mucho también a mi y a mi hermana Martha bebe, A veces no me bañaba y se enojaba o luego no le ayudaba a limpiar la casa y también se enojaba pero me regañaba porque me quería mucho y yo la quería mucho”

Establece un vínculo muy fuerte con su madre, el cual cubría todas sus necesidades afectivas, ve el regaño como una forma de querer y no de maltrato de tal forma que su madre le da protección.

Veamos otro extracto de la entrevista haciendo referencia ahora en la institución y con sus compañeros de la escuela y en donde trata de compensar el vínculo de la madre:

“Chelita, Alfredo a o para Nancy, que son los que mas se preocupan por mi se preocupan por mi y ven que me tome mi medicamento que tenga ropa o que haga bien mi tarea y que no me falte nada, por eso los quiero mucho a ellos. Tengo amigas y me llevo bien con ellas somos 4 amigas se llaman Karina, Valeria, Diana y Adriana, jugamos a las atrapadas, escondidillas y me gusta estar con ellas, y luego también nos ayudamos hacer las tareas o cuando la maestra nos sienta en equipo hacemos todo juntas, no yo casi no les hablo a otros niños cuando salimos, nada mas me junto con mis compañeros con los que vivo en el albergue”

Al ser trasladada a la institución presenta una carencia de estímulos y lazos afectivos que le proporcionaba su madre, sin embargo compensa y reestablece esos lazos con la gente que trabaja en la institución, en donde se vuelve a sentir protegida y querida tratando de cubrir todas sus necesidades afectivas. Por otro lado encuentra en la escuela la forma de establecer nuevos lazos y vínculos que le permitan tener seguridad y valorarse por si misma.

Concluyendo importante y significativo establecer vínculos afectivos los cuales le generen seguridad e independencia en su vida, por lo cual consideramos ser un factor desencadenante para su calidad de vida.

Ahora bien hemos hecho visto la importancia que tiene en la menor la dimensión física y sus vínculos. Ahora nos disponemos a profundizar sobre su **dimensión social** analizando la forma en que la vive así mismo como le afecta. Para el sustento del análisis tomaremos de base la entrevista, los test aplicados y la historia clínica.

Comenzaremos analizando un extracto en la cual se hace referencia a dicha dimensión:

“Aquí hay mucha gente que me quiere mucho y yo también los quiero mucho (albergue), además me junto con Fili me pongo a recortar y de los niños con David y Álvaro, ya que a veces salimos al parque y nos divertimos mucho”

Como hemos mencionado al quedar totalmente separada de su familia, cambia su círculo social, por lo tanto se adapta al saber que hay otros niños que padecen la misma enfermedad se siente mas confiada al menos en la institución, observando que sus compañeros no la discriminaran. Por lo tanto ella se siente parte del grupo y algunos compañeros sienten que la aprecien y quieren, estableciendo con algunos de estos nuevos lazos afectivos de tal forma que logra una identificación.

Con respecto al test de Coopersmith observemos que diferencia:

| PUNTAJE | CATEGORIA               |
|---------|-------------------------|
| 24      | INFERIOR A LO<br>NORMAL |

Se muestra insegura en sus relaciones interpersonales, se percibe como una niña que no es popular, no establece expectativas sociales de aprobación y receptividad por parte de otras personas.

Concluimos que vive esta dimensión social como frustrante debido a que no cuenta con las herramientas suficientes para establecer contacto con nuevas personas y le permitan establecer interacciones sociales que le sean favorables. Así mismo creemos que esta dimensión afecta de manera negativa su vida, lo cual le trae la baja autoestima y su consecuente la depresión.

Abordaremos la **dimensión académica** este es uno de los puntos mas significativos, debido a que analizaremos la forma en como la vive y si hay alguna relación que influya en cualquier otra categoría. Como se ha venido realizando se utilizara la entrevista, su historia clínica, y su promedio general bimestral así mismo y como apoyo la escala de inteligencia WISC para el sustento del análisis.

Comenzaremos con un extracto de la entrevista, haciendo referencia a esta categoría:

“Si porque aprendo muchas cosas y mi materia favorita es español, yo saco buenas calificaciones en matemáticas y algunos niños les cuesta trabajo aprender matemáticas o no se saben las tablas de multiplicar y yo si me las aprendo mas rápido y para que no me digan nada así les digo y ya no me dicen nada”.

Ve a la escuela como un espacio en donde genera conocimiento y desarrolla habilidades intelectuales, ella se siente creativa e inteligente, comprende lo que realiza y es una niña que es constante en este sentido.

Analizando la escala de inteligencia WISC-R arrojo los siguientes resultados:

| C.I       | RESULTADO    |
|-----------|--------------|
| VERBAL    | 90 NORMAL    |
| EJECUCION | 123 SUPERIOR |
| TOTAL C.I | 108 NORMAL   |

Resumen cuantitativo.

Obtuvo las calificaciones más bajas en criterios de la escala verbal lo cual refleja que su rango de información es deficiente probablemente causado por ausencia de escolarización y situación económica difícil. Se encuentra poco motivada hacia el logro, manifiesta un nivel de ansiedad alto ante tareas de tipo escolar debido a su situación emocional actual (depresión) afectando significativamente su atención. Presenta rebeldía contra la autoridad lo que puede ser causa de la escasez de experiencias de logros escolares, presenta un juicio social deficiente y fracaso al tomar una responsabilidad personal (dependencia marcada), su pensamiento tiende a ser concreto. Puede presentar problemas en el aprendizaje o de atención.

Las calificaciones más altas las obtuvo en la escala de ejecución, mostrando capacidad de planeación y anticipación, resultados que pueden esperarse de diversos actos de conducta; atención hacia los detalles, previsión, procesos secuenciales de pensamiento o habilidad para sintetizar. Su integración visomotora y espacial es buena, presenta capacidad para analizar y sintetizar con velocidad, exactitud y persistencia. Su capacidad de razonamiento no verbal se encuentra más estimulada así como su organización perceptual. Forma conceptos fácilmente.

Por otro lado la menor también ve la escuela como generadora de establecer nuevas relaciones sociales, con la finalidad de pertenecer a un grupo, de tal manera que pueda establecer lazos afectivos y se sienta aceptada en el medio.

Observemos ahora su boleta de calificaciones:

|   |                       |                        |                  |                    |                     |                       |
|---|-----------------------|------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Caso: 5   |                       |                        |                  |                    |                     |                       |
| GRADO: TERCERO                                  |                       |                        |                  |                    |                     |                       |
| PROFESORA: ALICIA GARCÍA DÍAZ                   |                       |                        |                  | PERIODO: 2007-2008 |                     |                       |
|   | septiembre<br>octubre | Noviembre<br>Diciembre | Enero<br>Febrero | Marzo<br>Abril     | Mayo junio<br>Julio | Calificación<br>Final |
| Español   | 8                     | 9                      | 8                | 7                  | 7                   | 77.8                  |
| Matemáticas                                     | 7                     | 7                      | 6                | 7                  | 7                   | 76.8                  |
| Ciencias<br>Naturales                           | 7                     | 8                      | 7                | 8                  | 8                   | 108.0                 |
| Historia,<br>Geografía y<br>Educación<br>Cívica | 7                     | 8                      | 8                | 8                  | 8                   | 98.0                  |
| Educación<br>Artística                          | 10                    | 10                     | 8                | 10                 | 10                  | 109.6                 |
| Educación<br>Física                             | 10                    | 10                     | 10               | 10                 | 10                  | 1010                  |
| Inasistencias                                   | 0                     | 2                      | 2                | 1                  | 0                   |                       |
| Promedio  | 8.3 (OCHO PUNTO TRES) |                        |                  |                    |                     |                       |

Consideramos que vive esta dimensión de manera positiva, y va a influir en el desarrollo cognitivo, así mismo es un desencadenante del estado de ánimo.

## **DEPRESION**

Como parte de nuestra investigación analizaremos en la menor la depresión.

Veamos las categorías para este apartado, con la finalidad de analizar cada una y analizar de qué manera afecta, en su vida.

La primera categoría que analizaremos corresponde a **Cambio en el rendimiento escolar**, y esta se complementa con la dimensión académica, sin embargo veamos algunos factores que alteran esta categoría en la vida de la menor.

Analizaremos extractos de la entrevista y se complementara con la historia clínica para sustentar el análisis.

Veamos un extracto de la entrevista con referencia a esta categoría.

“Yo y Álvaro sacamos buenas calificaciones y a veces solo saco bajas calificaciones cuando me enfermo o no me dan ganas de hacer nada cuando me enfermo, o cuando estoy triste”.

Refiere no tener cambios significativos en su rendimiento solo cuando se encuentra enferma o se encuentra triste ¿Por qué esta triste? ¿Que factor es el que desencadena el cambio en su rendimiento académico? ¿Será que no se encuentra lo suficientemente motivada? ¿No cuenta con el apoyo psicopedagógico necesario para mantener un rendimiento académico favorable?.

Hemos observado y por la historia de la menor hay épocas en las cuales ella se siente más vulnerable y sensible a las críticas con la gente que le rodea, las fechas más importantes son: el día de la madre y padre, en su cumpleaños y en la época de navidad. Manifestándolo de la siguiente manera: llanto, agresividad verbal principalmente. Otro componente que destaca son sus lazos afectivos que establece con el personal, ya que en muchas ocasiones la rotación del personal en la institución es muy variado. Por lo tanto la nueva adaptación a otro tipo de personal se le dificulta, ya que como se comentó anteriormente no establece relaciones sociales con facilidad.

En cuanto a su promedio general del último bimestre correspondiente al ciclo escolar 2007-2008 es de 8.6 de tal manera que el menor presenta un alto rendimiento académico. De tal forma que en este caso no hay una relación directa el rendimiento académico y su estado depresivo.

Consideramos importante esta categoría, debido a que es variado y dependiendo en alguna situación sea individual o social experimentara algún cambio en el rendimiento escolar. Es un factor que ahora desencadena parte de la depresión que padece la menor.

La siguiente categoría que abordaremos se refiere a la **culpabilidad** y esta consideramos importante ya que analizaremos como vive y compensa esta categoría.

Para este analizaremos parte de la entrevista, historia clínica y test aplicados, como apoyo para dicho análisis.

Tomaremos un extracto de la entrevista para poder realizar el análisis correspondiente:

“No todo siempre es mi culpa, porque luego yo no hago nada y me tengo que defender antes si me echaba la culpa pero me enseñaron a que no todo lo que pasa es mi culpa”

Aunque este es un extracto muy pequeño de la entrevista, ha tenido que aprender hacer responsable de los actos o cosas que realiza y asumir la culpa. Anteriormente en la dimensión social se hablo que no cuenta con las herramientas necesarias para poder lograr una interacción con los demás, vive también la culpa por no poder hacer sólidas sus relaciones sociales, lo cual en algunas ocasiones lo muestra por medio de la agresión.

El test C.D.I arroja los siguientes resultados:

| Puntaje Obtenido | Presenta síntoma |
|------------------|------------------|
|                  | Depresivo        |
| <b>14</b>        | <b>Si</b>        |

Se puede corroborar que vive constantemente con culpa, esto puede ser debido a:

- No existe una concepción propia de lo que esta bien o mal dentro del marco social.
- No posee habilidades para construir defensas hacia la crítica, opiniones y valores favorables respecto de si misma.

Por otra parte se ha observado que experimenta satisfacción al observar reprimendas dirigidas a sus compañeros, siente ventaja, la cual se desvanece por que la autoridad también dota de estímulos amorosos, y en ocasiones no experimenta esos estímulos que ella carece.

Aflora su culpabilidad y esta más vulnerable cuando es sancionada, rechazada o agredida, de tal forma que no logra socializar desvaneciendo los lazos y estímulos amorosos de la gente que lo rodea.

Por lo tanto también es un factor que es importante en su vida ya que a partir de esta categoría puede desencadenar otros signos y mermar en las diferentes áreas de su vida.

La **Dificultad para Concentrarse** se hace referencia al ámbito académico sino en su vida cotidiana. Veamos la forma en que le afecta así mismo los factores que pueden alterar esta área. Nos enfocaremos en la entrevista y los test aplicados.

Comencemos analizando un extracto de la entrevista para después poder realizar el correspondiente análisis.

“Casi no se me olvidan las cosas, y siempre se lo que tengo que hacer, solo cuando a veces me siento mal, no hago las cosas, a veces no entiendo y luego cuando llego a la casa me explican mejor”

Por un lado refiere tener buena comprensión y habilidad para realizar las tareas escolares, sin embargo se le ha notado que siempre requiere la aprobación de la gente para que ella reconozca su inteligencia, le resulta difícil tomar decisiones. El conflicto que altera principalmente la falta de preocupación es el establecimiento de lazos afectivos así como sus relaciones sociales.

Observemos el resultado del C.D.I:

| Puntaje Obtenido | Presenta síntoma |
|------------------|------------------|
|                  | Depresivo        |
| <b>14</b>        | <b>Si</b>        |

En este caso no consideramos significativo dado que es debido a la poca estimulación que ha recibido por lo tanto es una consecuente.

En sus actividades cotidianas y fuera del ámbito académico logra tener una buena concentración, y realiza sin ninguna dificultad labores domesticas, que le agradan y probablemente se compense con su rendimiento académico.

Consideramos que esta categoría influya de manera directa en la menor para realizar tareas que le demanden concentración.

La siguiente corresponde a **falta de energía o fatiga** que va muy unido a la categoría anterior, se tomaran en cuenta la entrevista, los test aplicados y la historia clínica.

Comencemos por medio de un extracto de la entrevista en donde abordamos dicha categoría:

A veces si me canso cuando regreso de la escuela o me da sueño, porque a veces no duermo bien nos levantan muy temprano y luego voy con un poco de sueño, o a veces el medicamento que me dan hace que tenga mucho sueño.

Refiere en ocasiones tener falta de energía debido al ritmo de vida que lleva en la institución, sin embargo profundizando se ha encontrado que en las siguientes circunstancias la menor presenta su energía o fatiga: cuando sus estímulos y lazos amorosos no han sido significativos o reforzados, por lo tanto este conflicto le absorbe la energía e incrementa su fatiga, de igual forma en fechas que le son significativamente importantes su energía y actividad lúdica se ve afectado, cuando se siente estresada o esta mucho tiempo encerrada en la institución, así mismo cuando carece de objetivos a corto plazo.

Otro factor que encontramos se refiere al cambio de medicamento, ya que puede traer efectos secundarios como dolores y malestares físicos, afectando su energía de manera considerable.

En cuanto se refiere al test del C.D.I arroja los siguientes resultados:

| Puntaje Obtenido | Presenta síntoma<br>Depresivo |
|------------------|-------------------------------|
| <b>14</b>        | <b>Si</b>                     |

Se corrobora que efectivamente vive con fatiga y falta de energía es un factor significativo para el estado depresivo en el que se encuentra. Sin embargo cuando tiene energía realiza muchas actividades como es: correr, saltar, brincar, tomando en cuenta sus metas y objetivos.

Ahora revisaremos las **ideas suicidas y muerte** lo cual veremos la forma en que la menor ve a la muerte y los factores que influyen en su vida. Para el sustento del análisis se utilizara la entrevista.

Veremos un extracto de la entrevista el cual se hace referencia a la categoría para después analizar

“No pienso todavía en morirme, porque estoy muy chica y me gustaría todavía vivir muchos años y seguir estudiando y que me adoptaran y tener una familia”

Podemos observar como aun todavía no concibe la muerte, a pesar de haber sufrido dos muertes y lo ve con miedo su única compensación que tiene es la creencia o idea que cuando ella muera vera a su madre en el cielo.

Se le trata de hablar acerca de la muerte sin embargo evade el tema, ya que considera que esta chica para morirse.

Revisemos una vez otro extracto de la entrevista pero ahora refiriéndonos a sus miedos o temores que la menor presenta:

“No me da miedo nada soy una niña muy valiente soy una de las niñas mas valientes que me gusta subir a los juegos no nada me da miedo”

Refiere no tener miedo a nada, y cree ser muy valiente, sin embargo se ha observado que uno de los grandes temores que enfrenta es el ser rechazada, y no sentirse parte del grupo, otro factor importante cuando es regañada y sancionada, ya que sus estímulos y carencias afectivas la dañan profundamente, por eso vive en una ambivalencia, tratando de ser una niña ejemplar y por otra parte asumiendo un papel de madre con los niños que son menores a ella. Por otra parte se cuida tomando su medicamento y por otro lado llevando una dieta con la finalidad de aminorar algún tipo de enfermedad oportunista y sentirse bien físicamente.

Por lo tanto podemos concluir que no es un factor significativo en el estado depresivo.

Finalizamos con el **cambio de apetito** veremos la forma en como afecta sus hábitos alimenticios. Tomaremos extracto de la entrevista para el análisis de dicha categoría.

“Alguna comida no me gusta por ejemplo las calabacitas, olla verdura, además la cocinera luego no me gusta como hace la comida, porque a veces le falta sal, pero como tengo que comer sino dicen que me pueden bajar mis defensas y me puedo enfermar, pero casi siempre me como todo aunque sea poquito pero si como bien, o luego lo que me gusta es el postre y ya con eso me lleno, y en la cena nos dan lo que nos haya quedado de la comida, pero yo ya casi no ceno porque a veces sigo llena y hasta el otro día como”

Podemos observar que no presenta problema alguno en sus hábitos alimenticios y su desarrollo en este sentido es completamente normal, gusta por los dulces, palomitas, sin embargo la dieta que lleva ocasionalmente come ya que los carbohidratos alteran el funcionamiento de su aparato digestivo, y en ocasiones presenta dolores de estomago cuando ingiere demasiada grasa y comida irritante ella ya aprendió a que ciertos alimentos y dulces pueden afectarla.

No obstante cuando presenta cambio en su medicamento, puede alterar el sabor de algunos alimentos inclusive dañar el proceso de digestión.

Consideramos que a pesar de encontrarse en un estado depresivo este no es un factor que altere en sus hábitos alimenticios y sea significativo para el estado depresivo que presenta.

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS GENERAL**

Como hemos podido observar en el análisis de caso por caso, cada niño vive de manera totalmente diferente su mundo. Hacemos una observación nuestro estudio se limita solamente a la comprensión del problema, y no a la explicación, por lo tanto se espera que con esta investigación sea de utilidad para realizar estudios más a detalle con la finalidad de explicar dicho problema.

Ahora bien ¿Cómo es la vivencia de los niños que padecen infección con VIH/SIDA? Como hemos podido observar es complicada, ya que son hijos de padres que padecen VIH/SIDA y como es el caso de nuestro estudio estos han fallecido. En muchas ocasiones han sido llevados a la institución, debido a la falta de recursos de sus familiares. Y por otra parte no asumen la responsabilidad por los cuidados que representa e inclusive la misma discriminación y miedo ante la sociedad.

Estos niños que hemos analizado ven la vida como una oportunidad, en el cual tratan de llevar una vida “normal”. Al igual que otros niños les gusta realizar y tener actividades recreativas que les permitan a los menores desarrollar y fortalecer sus habilidades físicas.

Ellos se ven limitados en esta área con respecto a otros niños debido a que su desarrollo físico, se ve afectados son mas delgados y bajos de estatura, por lo que en algunas actividades deportivas no alcanzan el logro esperado.

Retomando los objetivos planteados en la investigación los cuales fueron:

- Analizar si los niños que padecen VIH/SIDA presentan un alto nivel de depresión.
- Analizar si los niños que padecen VIH/SIDA presentan una baja autoestima.
- Analizar si en los niños que padecen VIH/SIDA presentan un bajo rendimiento académico.

Comenzaremos con el factor de depresión en el cual fue utilizado el Cuestionario de Depresión Infantil (C.D.I).

Es interesante ya que de los cinco casos estudiados tres reportan depresión veamos:

#### CASO 1

| Puntaje Obtenido | Presenta Depresión |
|------------------|--------------------|
| <b>11</b>        | <b>No</b>          |

#### CASO 2

| Puntaje Obtenido | Presenta Depresión |
|------------------|--------------------|
| <b>14</b>        | <b>Si</b>          |

CASO 3

| Puntaje Obtenido | Presenta Depresión |
|------------------|--------------------|
| <b>16</b>        | <b>Si</b>          |

CASO 4

| Puntaje Obtenido | Presenta Depresión |
|------------------|--------------------|
| <b>25</b>        | <b>Si</b>          |

CASO 5

| Puntaje Obtenido | Presenta Depresión |
|------------------|--------------------|
| <b>10</b>        | <b>No</b>          |

¿Qué diferencia se encuentra que no todos presentaron depresión? Responder esta pregunta no es fácil sin embargo trataremos de dar algunas inferencias:

- Influye de manera significativa los vínculos afectivos que establecen principalmente con familiares, estos cambios pueden ser cuando se muere un ser querido o es separado del núcleo familiar.
- Su estado físico ya que sino se encuentra en buenas condiciones no solo presentara molestias y dolores físicos sino mermara su calidad de vida.
- La falta de motivación es decir, que los niños tengan metas a corto y largo plazo.
- Su interacción social la forma de relacionarse con sus mismos compañeros dentro y fuera de casa
- El trato que reciban de parte de sus familiares o tutores ya que no siempre reciben la misma atención todos los niños.

Algunos de los síntomas de depresión que mayor se presentan en los niños con VIH/SIDA son:

- Aislamiento
- Pérdida de interés o placer.
- Sentimientos de que no vale nada
- Las ideas de culpa y sentirse inútil
- Problemas de conducta/disciplina
- Baja autoestima

Por lo tanto los niños con VIH/SIDA que padecen depresión se ven afectados emocionalmente y a su vez somatizando físicamente mermando su calidad de vida.

Ahora bien ¿Qué factores o circunstancias se encuentran en los dos casos que no presentaron depresión?

Responder esta pregunta no es fácil sin embargo podemos inferir lo siguiente en base a la entrevista y observación: estos dos casos ya que su ingreso a la institución fue en el mismo año y la integración uno con el otro fue más sólida y fuerte. El vínculo afectivo que han establecido con las personas que han laborado en el albergue ha sido positivo.

Han compartido experiencias durante más tiempo y se cuidan uno al otro, así mismo la escuela ha resultado significativa ya que forma parte de su interacción con los demás podemos decir que se ven como hermanos habiendo una identificación. Han encontrado la manera en formar alianzas positivas para su propio beneficio.

Con respecto a la autoestima en nuestro test del inventario de Coopersmith observamos que los cinco casos presentados presentan una baja autoestima específicamente en las siguientes áreas:

- Imagen Corporal o lo equivalente a la dimensión física esto es no les agrada algunas partes de su cuerpo, su estatura y peso en ocasiones no es el adecuado con respecto a su edad de tal manera que influye significativamente en su calidad de vida.
- En su self general existe poca valoración por si mismo sin embargo presentan aspiraciones a futuro, presentan poca habilidad para construir defensas hacia la critica y designación de hechos, opiniones y orientaciones favorables hacia sí mismos.
- En lo referente a lo social: presentan inseguridad en sus relaciones interpersonales en algunas ocasiones se pueden percibir insignificantes, no establecen expectativas sociales de aprobación y receptividad por parte de otras personas. Dentro de este se encuentra la vinculación es muy importante para ellos que la gente con la que conviven y relacionan a diario les demuestre cariño y afecto, debido a las necesidades y carencias que presentan en este sentido. Sin embargo no les resulta fácil, establecer dichos lazos por temor hacer rechazados o agredidos, por lo tanto hasta cierto punto es normal que se vean aislados.

Lo referente a la dimensión o rendimiento académico se desarrollan como cualquier niño “normal” ya que llevan una educación básica. Se ha visto que algunos llegan a tener un rendimiento académico normal e inclusive superior a lo esperado, también tienen aspiraciones y metas que influye en el desarrollo de los menores. No obstante encontramos que algunos niños presentan bajo rendimiento y no por ser consecuencia de la enfermedad, sino al diagnosticarle la enfermedad, dejan de asistir a la escuela, por temor hacer rechazados o agredidos y no reciben la estimulación adecuada, por lo que se les dificulta aprender, otro factor que encontramos dentro de este rubro también dejan de asistir a la escuela por los constantes exámenes médicos que se le practican por lo tanto es un factor que influye en el rendimiento.

Ahora bien ¿de que manera viven o representan para ellos los días festivos y que son especialmente significativos? En nuestra investigación encontramos los siguientes factores: a diferencia de otros niños que cuentan con sus padres principalmente en los festivales de la escuela, los niños con infección por VIH/SIDA se vuelven mas vulnerables y propensos a experimentar, llanto, tristeza, ira, enojo, en ocasiones se somatiza y comienza aparecer síntomas físicos que no deberían presentarse. Algunos menores han reportado alguna vez hablar con un familiar, sin embargo lo utilizan como mecanismo de defensa para aminorar el duelo. En vacaciones de diciembre es la fecha que mas les gusta y regularmente se encuentran contentos por los diferentes obsequios que reciben por parte de algunas empresas.

Tocando este tema ¿Qué le hace feliz a un niño que padece VIH/SIDA? Encontramos un factor importante que los menores con VIH/SIDA se muestran contentos cuando realizan algunas visitas a centros culturales, como es: ir al cine, teatro, parques de diversiones y deportivos, así mismo el que les obsequien cosas como: juguetes, libros, dulces principalmente. Otro factor que consideramos todos estos niños son solidarios y muestran conductas de protección entre ellos ante cualquier situación tanto positiva o negativo.

Veamos como es su visión a futuro. Pareciera que un niño con VIH/SIDA no posee aspiraciones. Sin embargo estos niños quieren seguir estudiando y superándose hasta llegar a tener una profesión que va desde: actriz, médicos, biólogos, cada niño dependiendo de lo que vaya conociendo en su medio.

Como en todos los niños que viven en albergues o instituciones por la enfermedad de VIH/SIDA, también existe rivalidad entre ellos, en ocasiones por ser el líder y se buscan alianzas entre ellos mismos de tal forma que alguien los guíe.

La vida de un niño que padecen VIH/SIDA con respecto a su apetito. Por lo tanto su ingesta de alimentos es diferente ya que no pueden comer grasas, sin embargo gustan de los dulces, chocolates, galletas ocasionalmente llegan a comer chicharrones ya que les produce dolor en el estomago, el cual puede inducir diarrea o vomito principalmente.

Los niños que analizamos también presentan una característica no solo con referencia a la enfermedad, esperan y anhelan tener una familia en las cuales todas sus necesidades sean cubiertas y ser como cualquier otro niño.

En otro sentido ¿que ganancias de las ya mencionadas pueden presentar los niños que viven en una institución? Estos niños hemos observado que saben obtener una ganancia secundaria de todo lo anterior, y es tener lo que ellos quieren de las personas con las que conviven, principalmente en la escuela, ya que no se les da dinero, algunas personas que preparan fruta, frituras o algún guisado se les regala, ya que comentan que no tienen familia.

Ahora veamos como influye la autoestima, depresión y rendimiento académico así como la forma en que pudiera o no haber una relación entre estas.

### **AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN**

En nuestro estudio encontramos relación entre estos 2 factores ahora veamos en que casos se presentan.

- Cuando son criticados y constantemente se le ofende por sus atributos físicos.
- Cuando no ha encontrado establecer vínculos y lazos afectivos, que le sean convenientes y cubra sus necesidades.
- Sentirse rechazado y discriminado por su enfermedad..
- Sus objetivos y metas en el ámbito académico no son los esperados.
- Su vulnerabilidad es mayor cuando reciben o les hablan algunos familiares.
- El recordar fechas importantes tales como: día del padre, madre.
- El duelo no resuelto.
- Puede también considerarse el factor del sueño, ya que en ocasiones no duermen lo suficiente por lo que se muestra cansado y con falta de energía.
- Otro factor que se encontró y es importante mencionarlo es la preferencia y el tipo de trato que se les otorgue, ya que en ocasiones no siempre es igual para todos.
- El tipo de alimentación, ya que en ocasiones el comer cosas grasosas e irritantes afecta para sus diferentes esferas de la vida.
- La falta de estimulación y estrategias de aprendizaje para un buen rendimiento académico.

## **Depresión y Rendimiento Académico**

De los 5 casos estudiados solo dos no presentan depresión y podemos inferir que en este sentido la escuela ha ayudado a minimizar el padecimiento ya que encuentran en esta una oportunidad para desarrollar y fortalecer sus capacidades y habilidades intelectuales.

Sin embargo en referencia a los otros tres casos observamos que si hay una relación entre estos 2 factores también encontramos que un factor importante para un óptimo rendimiento académico es el apoyo pedagógico en el cual se pueda fortalecer y proporcionar algunas estrategias para lograr un mayor aprendizaje.

## **Autoestima y Rendimiento Académico**

Consideramos importante este factor ya que en los cinco casos presentan una baja autoestima en algunos no son las mismas dimensiones y las circunstancias en que les afecta son diferentes por ejemplo: para algunos es importante su dimensión física y en otros la dimensión académica e inclusive su dimensión social es bastante significativo.

Entonces ¿Qué pasa que algunos a pesar de tener una baja autoestima logran un rendimiento medio e incluso alto?.

Podemos inferir que en algunos niños que padecen esta enfermedad logran suplir sus carencias ya sea de tipo afectivo, social y físico por medio de habilidades y destrezas intelectuales en los cuales se han percatado que tiene la capacidad y pueden hacer uso de su inteligencia y poder salir adelante.

Como hemos visto a lo largo de nuestra investigación un niño que padece VIH/SIDA no siempre puede presentar las mismas dificultades ya que va a depender de su historia de vida y las herramientas con las que cuente a lo largo de sus diversas etapas.

## **CONCLUSIONES**

En nuestra investigación los efectos y repercusiones psicológicas que presentaron los niños con VIH/SIDA son muy variados ya que los resultados mostraron diferencias y no todos presentan los mismos síntomas y efectos psicológicos como a continuación mencionaremos.

De los cinco casos estudiados tres de ellos presentaron depresión y siguiendo con los instrumentos aplicados podemos decir que algunos de los motivos son: la culpa con respecto a sus padres, los días festivos en donde se festeja tanto al padre como a la madre resultan perturbados por la ausencia de estos. Se encuentran desmotivados es decir, no encuentran una meta a corto y largo plazo.

Su interacción social no ha sido positiva. La forma en como se relacionan dentro y fuera de casa esto es no se sienten parte de un grupo por lo tanto se aíslan y se ven afectados emocionalmente.

Observamos que en estos tres casos un factor importante y desencadenante en el estado depresivo es el trato que se les da dentro de casa, ya que no siempre es el mismo y hay favoritismos por otros niños.

Algunos de los síntomas mostrados en estos tres casos fueron: aislamiento, pérdida de interés y placer, las ideas de culpa y sentirse inútil y los problemas de conducta y disciplina.

De tal manera que para estos casos uno de los objetivos específicos si se cumplió al analizar que estos niños con infección por VIH/SIDA si presentan un alto nivel de depresión debido a los factores antes mencionados.

En cuanto a los otros dos casos en los cuales no presentaron síntomas depresivos encontramos algunas diferencias: existe una motivación en ellos quiere decir que hay metas a corto y largo plazo.

Así mismo el tiempo que han permanecido en la institución también influye significativamente debido a que han aprendido a establecer vínculos afectivos con la gente que esta a cargo de ellos, así como con otros compañeros habiendo una identificación y a la vez formando alianzas que le permitan a cada uno cumplir sus distintas expectativas y objetivos.

Otro factor importante es la escuela ya que para estos dos casos resulta positivo porque comparten experiencias y situaciones que le permitan un mejor desarrollo en el área académica.

Por lo tanto, en nuestra investigación no todos los niños que padecen VIH/SIDA presentan un alto nivel de depresión ya que dependerá de diversos factores y circunstancias en las que el niño se encuentre. Igualmente cada niño es diferente así que no podemos generalizar sino dar inferencias de lo que hemos encontrado en nuestra investigación.

Con respecto a la autoestima los cinco casos analizados presentaron una baja autoestima en sus diferentes áreas como veremos a continuación.

Sus pensamientos, sentimientos y acciones que influyen en estos niños regularmente son negativos es decir, su percepción no es realista sino viven en la fantasía.

En cuanto a los social en ocasiones estos niños pueden sentirse diferentes y ser discriminados e inclusive por diferentes grupos sociales, por temor a ser contagiados. Entonces resulta claro porque en algunos niños con el padecimiento del VIH/SIDA en sus relaciones interpersonales no son positivas y se muestran apáticos e indiferentes en su círculo social.

Existe poca valoración por ellos mismos poca habilidad para construir defensas hacia la crítica, opiniones y orientaciones favorables hacia ellos mismos.

De igual forma su imagen corporal es negativa esto es, no les agrada su cuerpo y se sienten diferentes a otros niños con respecto a su edad en esta misma línea su peso y talla se ve afectado por la enfermedad limitando en algunas ocasiones para realizar algunas actividades deportivas.

Por consiguiente cumplimos uno de los objetivos que dentro de nuestra investigación los niños que analizamos y padecen VIH/SIDA presentan una baja autoestima.

Lo referente a su rendimiento académico y educativo resulta positivo y significativo que estos niños vayan a la escuela ya que desarrollan habilidades y destrezas intelectuales. Sin embargo en dos casos mostraron bajo rendimiento académico debido a la falta de estimulación ya que antes de llegar a la institución no recibieron una educación por la enfermedad y el temor de ser discriminados o agredidos.

No obstante los otros 3 casos presentan un rendimiento adecuado debido a que desde la llegada a la institución fueron llevados a instituciones educativas y han recibido las herramientas necesarias para su desempeño en el área escolar.

Debido a estos factores no podemos establecer si estos niños que padecen VIH/SIDA presentan un bajo rendimiento ya que depende de la motivación, el apoyo que reciba por parte de sus tutores y en algunos casos las características individuales que posee cada niño. La motivación es entonces una de las claves del éxito escolar y premiar es una manera más de incentivar y generar interés en los niños.

Otro factor que varía la forma de vivir es su alimentación su ingesta no es la misma que la de un niño normal esto por algunos efectos de los medicamentos deben llevar una dieta balanceada para poder realizar sus actividades cotidianas.

A pesar de padecer algunos efectos psicológicos los niños con VIH/SIDA también han mostrado sentirse contentos cuando son premiados ya sea por su buen comportamiento dentro y fuera de casa o al obtener un buen rendimiento académico, y tener salidas a parques recreativos, museos. Les agrada que la gente que va a visitarlos les lleven regalos, ya que también juegan y se divierten. Igualmente observamos que pelean entre ellos mismos por distintas razones: el no respetar las cosas de cada uno e incluso el no querer prestar ya sea un juguete o cualquier objeto que otro niño le demande.

En nuestro estudio tomando en cuenta lo anterior inferimos que no siempre habrá una relación directa entre la depresión y la autoestima en niños que presentan VIH/SIDA ya que observamos que existen distintas circunstancias y factores tales como; la edad, el tiempo que han permanecido en la institución el tipo de relación que establezcan con los demás compañeros, y gente que labora con ellos, así mismo, por lo que es importante saber diferenciar entre estas dos patologías para no llegar a supuestos falsos.

Sin embargo la depresión y autoestima pueden presentarse de manera distinta y separada dependiendo de la situación actual del menor.

En esta misma línea no encontramos una relación significativa entre depresión y bajo rendimiento ya que en los casos estudiados el bajo rendimiento de algunos se debe a una falta de estimulación y no cuentan con las herramientas necesarias para fortalecer dicha área. Aunque no pueden ser excluyentes el uno de la otra.

La última relación se refiere a la autoestima y bajo rendimiento académico considero que si hay una relación ya que cuando se les motiva y en ocasiones se les premia obtienen un mejor rendimiento otro factor como he mencionado anteriormente son la estimulación y las estrategias con las que cuente el menor de igual forma el tipo de relaciones interpersonales puede ser beneficioso o perjudicial en la vida escolar.

Como hemos visto en la presente investigación cada niño, que padece VIH/SIDA presenta efectos psicológicos diferentes y en situaciones distintas. Por lo que el trato y el apoyo deben ser conforme a las necesidades de cada uno por consiguiente su vivencia no es la misma ya que provienen de ambientes totalmente desiguales. De igual forma la gente que trabaja con estos niños deberá tener una información básica de la enfermedad, así como una actitud positiva frente a la enfermedad y la vida.

## **RECOMENDACIONES**

El estudio nos revela que cada caso es diferente y la manera de trabajar con estos niños debe ser distinta.

Proponemos que para trabajar con niños que padecen VIH/SIDA la terapia de juego porque tiene como objeto evaluar al niño y al mismo tiempo ir trabajando el autoconocimiento por medio de la exploración y el autocontrol.

En la Terapia de Juego se evalúan las conductas expresadas y los juguetes deben cumplir el propósito de suscitar ciertas conductas problema.

### **Se recomienda que los juguetes:**

1. Permitan la expresión simbólica de las necesidades del niño.
2. Que se encuentren en un espacio que le pertenecerá al chico en el momento de la terapia
3. Este espacio, deberá aclarársele al niño, será para que juegue y exprese sus emociones por lo que debe ser adecuado para la infancia
4. Que promuevan la catarsis y el insight

Es recomendable tener buena cantidad de juguetes que puedan usarse de diferentes maneras.

La lista de Axline (1947) es representativa de lo que la mayor parte de terapeutas de juego utilizan actualmente.

Algunos juguetes son recomendados en la terapia de juego mencionaremos algunos:

- Familia de muñecas
- Una casita y algunos muebles
- Crayolas, plastilina, tijeras
- Suficiente papel para dibujar
- Animales
- Soldados, carritos, indios y vaqueros
- Aviones y barcos
- Muñecos bebe de trapo y biberones
- Títeres que representen una familia
- Teléfonos (dos)
- Policías, médicos, equipos médicos
- Algunos materiales para construcción como los “Lego”, cubos de diferentes tamaños
- Si es posible una caja de arena para colocar soldados, barro, carritos y animales.

Hay que enfatizar que el espacio de juego es un espacio que le permite al chico la expresión de sentimientos reprimidos, incluyendo la agresividad, y no por eso es que se la fomente, sino que hay que ayudarlo a canalizarla mejor y que él aprenda a controlarla, de tal manera que la terapia de juego es un espacio en que además del autoconocimiento, se promueve el autocontrol, distinguiendo siempre lo externo de lo interno, la realidad de la fantasía, esto es en lo que ayuda la Terapia de Juego al niño.

En el juego hay que dejar que el chico libere su imaginación, que exprese cómo ve al mundo y de qué manera se conecta con él. Hay que tener paciencia y esperar que el chico verbalice sus fantasías y las expresiones de sus emociones.

¿Qué podemos evaluar mediante la terapia de juego?

- Las defensas del niño
- La capacidad para tolerar la frustración
- El nivel de desarrollo del superyó (el hacer trampitas)
- Sus fantasías y emociones
- Sus inquietudes y temores
- Sus habilidades especiales y dificultades
- Comportamiento en general
- Niveles de dependencia – independencia
- Niveles de agresividad

Recordemos que el niño puede comunicarse a través del juego por lo tanto requerimos hablar en su mismo idioma.

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en múltiples programas. Dado el procesamiento de la información que realizan algunos pacientes, la reestructuración cognitiva resulta útil, ya que en muchos casos el paciente ha de asumir importantes cambios en sus hábitos o estilos de vida.

Así mismo esta teoría plantea que algunos efectos psicológicos en pacientes con VIH/SIDA se perpetúan por creencias irracionales y actitudes distorsionadas hacia la propia persona, el ambiente y futuro.

Beck planteó un modelo cognitivo para la depresión y explicó este a partir de tres conceptos:

1. La triada cognitiva: consiste en la visión negativa de la persona sobre sí misma, sobre sus experiencias y su futuro.
2. Los esquemas: son definidos como patrones cognitivos estables que le impiden a la persona tener en cuenta todos los estímulos que recibe.
3. Errores cognitivos: estos son mas frecuentes en la persona deprimida son: adelanto de una conclusión negativa de los acontecimientos, conclusión negativa a partir de un detalle y generalización a partir de situaciones que no están relacionadas.

Esta terapia también utiliza técnicas psico-educativas donde el terapeuta le explica a la persona el fundamento teórico de la terapia cognitiva, se le enseña al paciente a reconocer, controlar y registrar pensamientos negativos y errores cognitivos. Se trabaja también con técnicas conductuales que buscan alcanzar objetivos concretos, para ayudar a la persona a someter a prueba falsas creencias y cogniciones erróneas.

También propongo para trabajar en los niños con VIH/SIDA para fomentar su auto estima lo siguiente:

- Favorecer la madurez individual
- Poner atención a la propia actitud y al propio comportamiento
- Dedicar un tiempo de juego y conversación por separado con cada uno de ellos.
- El tiempo que se le dedique ha de ser de calidad: libre de preocupaciones y centrado en el niño
- Observar con detenimiento las características del niño
- Diferenciar el potencial de cada niño
- Animar a cada uno a desarrollar ese potencial (a través de diversas actividades lúdicas, deportivas, académicas, extraescolares.
- Ayudarles a sentirse especiales en algo
- Nunca aplaudir más las habilidades de uno que de otro
- Apreciar los progresos que consigan, pero nunca comparar los de uno con los del otro
- Reforzar sus conductas positivas (haga deberes, recoja, sea educado
- Poner límites claros y enseñarles a prever las consecuencias
- Tratarles con respeto
- Reconocer el esfuerzo, interés y atención puestos, antes que los resultados
- Fomentar que expresen afectos y sentimientos

## FRASES PARA PROMOVER UNA ADECUADA AUTOESTIMA

- ✓ Te felicito
- ✓ Qué sorpresa me has dado
- ✓ Si necesitas algo te ayudo
- ✓ Sé que lo harás
- ✓ Muy bien, has sido capaz de hacerlo
- ✓ Yo sé que eres bueno, no dudo de tu buena intención
- ✓ Así me gusta, lo has hecho muy bien
- ✓ Estoy muy orgulloso de ti
- ✓ No te preocupes, la próxima vez lo harás mejor

Tener una adecuada autoestima supone *reconocerse* como alguien valioso y que posee virtudes, pero también implica saber cuáles son tus limitaciones y aceptarlas, sin que por ello se vea perjudicada la imagen y el concepto de uno mismo.

En cuanto a su rendimiento académico es necesario que en la institución se cuente con el personal que sea afine a esta área como pueden ser, pedagogos, licenciados en educación o psicólogos educativos con la finalidad de que proporcionen estrategias que promuevan un aprendizaje significativo y desarrollen sus capacidades y habilidades en este rubro.

La motivación en el ciclo del aprendizaje es importante y como hemos mencionado en el capítulo de rendimiento académico las actitudes es un pilar importante generarlas positivamente sobre la escuela, asociar experiencias placenteras con la escuela, la asociación de imágenes con el concepto que se está desarrollando resulta positivo y se logra una mayor retención del conocimiento, es necesario incentivarlos y reconocer su esfuerzo por mínimo que parezca de tal manera que presenten buena tolerancia a la frustración y les agrade aprender día a día.

Siguiendo en otra línea es necesario proponer un programa de educación sexual y prevención con la finalidad de ejercer una sexualidad segura y por otra parte que empiecen a tomar conciencia de las formas de contagio de tal manera que se sientan seguros y a la vez no perjudiquen a los demás.

Por otro lado considero que el tema es relevante ya que abre la posibilidad de seguir estudiando a los niños con VIH/SIDA en poblaciones más grandes ya que a partir de estas se pueden generalizar y aportar nuevos datos que no hemos contemplados con la finalidad de proponer nuevas estrategias que permitan una mejor calidad de vida.

La depresión, autoestima y rendimiento académico son temas en los cuales es importante seguir abordando en la población que presenta VIH/SIDA y específicamente en los niños ya que dependiendo del estado emocional de este puede tener una repercusión en su estado físico.

Ha concluido la conferencia internacional del VIH/SIDA 2008 encontrando avances médicos y propuestas en materias de legislación y derechos en las personas con esta enfermedad, sin embargo no hay aportes en cuanto a lo psicológico.

De acuerdo a lo anterior planteó las siguientes preguntas ¿Acaso todo el peso recae en su estado físico? ¿Los nuevos medicamentos proponen aminorar los efectos psicológicos en estos pacientes? ¿Qué tratamiento psicológico es el adecuado para los pacientes con VIH/SIDA? ¿De que otra forma se puede ayudar a los pacientes con VIH/SIDA? ¿Qué otras áreas se pueden abordar con estos niños?

Es necesario que las terapias psicológicas también se centren en los niños que padecen VIH/SIDA de manera que puedan aminorar sus distintos efectos con la finalidad de brindarles un mejor desarrollo y calidad de vida.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Ackerman, T.A. (1988) An explanation of differential item functioning from a multidimensional perspective. comunicacion presentada en la reunion anual de American Educational research Association, New Orleans.
- Aisrasian, Peter W (2003) La evaluación en el salón de clases. Edit. Mc Graw Hill, México.
- Alves, Elizabeth y Acevedo, Rosa (1999). La evaluación cuantitativa. Valencia, Venezuela. Ediciones Cerimed.
- Ausubel David et al Psicología Educativa un punto de vista Cognoscitivo. Trillas, México (2005).
- Arancibia Violeta (2005). Manual de Psicología Educacional, Santiago Chile. Edit. Universidad Católica.
- Arieti Silvano, (1965) Interpretación de la Esquizofrenia (Barcelona: Editorial Labor
- Avanzini, Guy (1985) El fracaso Escolar Ed. Herder, España
- Badillo León Isabel; La Depresión Infantil Edit. Bardena. 1997.
- Bandura, A. (1986): Pensamiento y acción. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979/1983). Terapia cognitiva de la depresion. Bilbao: DDB
- Branden N (1993) El poder de la autoestima. Edit. México, Paidos.
- Branden N (1993) El respeto hacia uno mismo Edit. México, Paidos.
- Branden N. (1994) Como mejorar la autoestima Edit. Buenos Aires, Paidos.
- Branden N. (1995) los seis pilares de la autoestima. Edit. México. Paidos.

- Branden N. (2002) Los pilares de la autoestima Edit. Buenos Aires, Paidós.
- Bannasar, (2000) Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Brown, R. A. & Lewinsohn, P. M. (1979). Coping With Depression workbook. Eugene, OR: University of Oregon
- Cameron N. (1982) Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México: Trillas.
- Cattell, R.B. (1965). The scientific analysis of personality, Baltimore, MD: Penguin
- Cazares David (2001) Líderes y Educadores FCE. México.
- Clark, A.; Clames, H. y Bean, R. (1993). Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes. Madrid: Debate.
- Cooley, C. H. (1909). Human nature and the social order. New York: Scribner
- Copersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. Journal of Abnormal and Social Psychology
- Coopersmith, S. (1967) The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: Freeman & Co.
- Crespo Blanco, J. M.: Depresión Mayor. En: Trastornos del humor. Roca
- Del Barrio, M.V., Moreno, C. y López, R. (1999). El children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española.
- Díaz Living Rolando, Karina Beatriz Torres (1999). Juventud y SIDA: Una Visión Psicosocial. Edit. Porrúa México.

- Dorsh, F. (1997). "Diccionario de Psicología". Barcelona. Ed. Herder
- Erikson, Erik H. Infancia y Sociedad. Buenos Aires Ediciones Hormé, 1980
- Fernández Ballesteros, R, Carrobles J.A.I (1991); Evaluación Conductual. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R (1994). Evaluación Conductual, Hoy un Enfoque para el cambio en la psicología clínica y de la salud. Madrid España.
- Fitts, W.H. (1965): Tennessee self concept scale. Nashville, Tenn: Counselor Recordings and Tests
- Galindo (1998). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. Compilación. Addison Wesley Longman. México.
- Gelder M, Gath, D y Mayou R.: Psiquiatría. México, Nueva Editorial Panamericana, 1989.
- Gilborn L. et al. 2001. Making a Difference for Children Affected by AIDS: Baseline Findings from Operations Research in Uganda. USAID/Population Council
- González, M. C. y Tourón, J. (1992) Autoconcepto y rendimiento escolar. Implicaciones en la motivación y en el aprendizaje autorregulado Pamplona, EUNSA.
- Garaigordobil Landazabal Maite, María Soledad Cruz, José Ignacio Pérez Molero (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. ISSN 0210-9395, Vol. 24

- Haeussler, I. y N. Milicic. (1995). Confiar en uno mismo. Programa de desarrollo de la autoestima. Santiago: Editorial Dolmen.
- Kaczynska, M. (1986). El rendimiento escolar y la inteligencia. Buenos Aires: Paidós
- Kelly, W. (1982). "Psicología de la Educación". VII Edición. España. Ed. Morata.
- Kerlinger (1985). Investigación del comportamiento. Interamericana, México.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. s. c.: BasicBooks
- Leonhard K. (1962) Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada, Polemos.
- Inventario de autoestima (Coopersmith, 1967).
- Lewinsohn, B. D et al.: A behavioral approach to depresión. En Friedman, R.Y. The Psychology of Depression, Nueva York 1974.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. & Zeiss, A. M. (1978). Control your depression. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L. & Teri, L. (1984). The Coping With Depression course: a psychoeducational intervention for unipolar depression. Eugene, OR: Castalia
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss & Bootzin, R. R., eds., Theoretical issues in behavior therapy (pp. 331-359). Orlando: Academic Press

- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., Handbook depression (pp. 352-375). Nueva York: Guilford
- Liliana Orjuela López.: Depresión, Control y Superación. Ed. Libro Hobby 2da Ed., 2001.
- Lupo S. (2003) Clínica Terapéutica de la Infección por VIH/SIDA. UNR Editora. Argentina
- Mattos Luiz Álvarez (1990) Compendio de Didáctica General Edit. Kapeluzs, Argentina.
- Markowitz, J. C. & Weissman, M. M. (1995). Interpersonal psychotherapy.
- Martínez J. (1997) "Capacitación sobre SIDA, Un modelo Aplicado dentro del área Educativa del Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido contra SIDA en la ciudad de Guadalajara". Tesis de licenciatura en Psicología no publica. UNAM campus Izatacala, Edo. De Mex.
- Maslow, A.H. 1954. Motivation and personality. New York: Harper and Row.
- Mézerville, Gaston (2004) Ejes de Salud Mental. Edit. Trillas, México.
- Mertens (2005). Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods (2ª. Ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Milicic, N. (2001) Creo en ti: La construcción de la autoestima en el contexto escolar. Ministerio de Educación. Santiago. Chile.
- Miller, D (1990) Viviendo con Sida y VIH. México. Manual Moderno.

- Minuchin S. (1994) La Recuperación de la Familia Relatos de Esperanza y Renovación Edit. Paidós
- Moreno, S (1994) “El enfermo de VIH/SIDA y algunas repercusiones psicosociales”. Tesis en licenciatura de psicología no publicada UNAM. Campus Izatacala.
- Nathaniel Branden. (1995). Los seis pilares de la autoestima. Edit. Paidós
- Nerici I (1984) Hacia una didáctica grupal dinámica (Trad. J Ricardo Nervi) Edit. Kapelusz, Argentina.
- Pascual, L y Ballesteros R (1997), la practica de la psicología de la salud. Programas de Intervención. Valencia Promolibro.
- Papalia, D. y Olds, S. (1997). Desarrollo Humano. Bogotá: McGraw-Hill.
- Papalia, Diane y Rally Wendoks. Psicología del desarrollo.. México, McGraw-Hill. 1998
- Pizarro, R. y Clark, S. (1998). Currículo del Hogar y aprendizajes educativos. Interacción versus status. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol 7, 25-33.
- Phares, J (1999). Psicología Clínica conceptos, métodos y practica. México. Manual Moderno.
- Ponce, S y Rangel, S (2000). Sida, aspectos Clínicos y Terapéuticos, México. Mc Graw-Hill.
- Pope A, W, Mc Hale S.M y Craighead W.E (1988) Mejora de la autoestima. “Técnicas para niños y adolescentes. Barcelona, España, Martínez Roca.
- Purkey, y W.w. Novak, J.M. (1984). Inviting School Success: A Self-Concept Approach to Teaching and Learning. Belmont, CA: Wadsworth.

- Priest Robert (1992). *Ansiedad y Depresión como superarlos*. Barcelona, Plural
- Prince, S. E. & Jacobson, N. S. (1995). Couple and family therapy for depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook of depression* (pp. 404-424. Nueva York: Guilford
- Reasoner (1990). Citado por Arancibia C, Violeta. *Psicología de la educación*.
- Repetto (1984). *Teoría y Procesos de la Orientación*. Madrid: UNED.
- Rice, Philip F (1997). *Desarrollo humano. Estudio del Ciclo Vital*. Bogotá: Prentice - Hall Hispano Americana.
- Rogers, C.R. (1961). *El Proceso de Convertirse en Persona*. Edit. Paidos
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1973) *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos aires. Ed. Paidós
- Sacco, W. P. & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 329-351). Nueva York: Guilford
- Segeman, S (1989) *Group Therapy for Patients with AIDS*. Chicago Publishers, Inc.
- Sierra Bravo (1998). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Paraninfo, Madrid. 705 p.
- Solórzano, Nubia (2003) *Manual de actividades para el rendimiento académico*. Edit. Trillas, México

- .Tierno, B. (1993) Del fracaso al éxito escolar. Barcelona: Plaza & Janés.
- Vallejo y Menchon JM. (2000) Distimia y otras depresiones no melancólicas. En: Vallejo J, Gastó C, editores. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson.
- Vallejo Nájera Antonio. (1994) Ante la Depresión. Ed. Planeta, Barcelona
- Verduzco, M. A (1992). La autoestima en niños con trastornos de atención. Tesis de Maestría UNAM, DF
- Vieta E, Colom F Martínez A, Jorquera A, Gastó C (2000) What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? Psychother Psychosom
- Watson Purkey, W. y Novak, J. (1984). Forty successes. Inviting School Successs, Wadworth
- Wolpe, J (1993). The practice of behavior therapy, Mexico. Editorial trillas.
- Zarzar Charur, Carlos (2000) La Didáctica Grupal. Edit. Progreso, México.





## ENTREVISTAS PROFUNDAS

### ANEXO

#### **Ficha de Identificación:**

#### **Caso 1**

**Edad:** 9 años

**Fecha de Nacimiento:** 24 mayo de 1998

**Género:** Masculino

**Lugar de Nacimiento:** Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

**Escolaridad:** 4º de primaria regular.

Fecha de la entrevista: 17/marzo/08

Entrevista:

Psicólogo. Hola ¿Cómo estas?

Niño: Bien, ¿Qué vamos hacer hoy?

P. Quiero platicar contigo sobre algunas cosas de ti.

Niño: ¿Como que cosas?

P. como por ejemplo que me cuentes acerca de tu familia, que te gusta, lo que no te gusta.

N. ah ya te entendí y también quieres saber sobre el virus que traigo adentro de mi panza.

P. Si eso esta bien pero primero cuéntame sobre tu familia, ¿tus papas como se llaman, hermanos?

N. Mi papa no lo conocí porque mi mama me dijo que nos abandono y mis otros hermanos murieron del virus que llevaban en su panza, mi hermano se llamaba x, y mi hermana x, ¿en donde vivías?, en Chiapas y nos venimos para Ser humano porque mi casa la quemaron los vecinos de a lado donde vivía. ¿Y porque la quemaron? Porque se enteraron que mi mama tenia un virus que no

se puede quitar y pensaron que los iba a contagiar, yo estaba chiquito cuando paso eso. ¿Y como era tu mama?, mi mama era chaparrita morenita, yo la quiero mucho y a veces la extraño, eso me pone muy triste, me compraba muchas cosas, ¿Cómo que cosas te compraba? Dulces, a veces juguetes y me llevaba al parque y algunos juegos jugaba conmigo. ¿Si tuvieras a tu mama aquí enfrente en donde estoy sentado que le dirías? Que la quiero mucho y que me voy a portar bien para que no se enoje y voy a ser un buen niño., ¿Qué es lo que a veces no te gustaba de tu mama? A veces se le olvidaba darme mi medicamento, y cuando no me lo daban me ponía mal. ¿Tienes hermanos? Si uno y se llama X cuando nos venimos a vivir aquí (albergue) el se fue con unos señores creo que eran abogados o algo así ¿y sabes porque se lo llevaron? No nose ¿extrañas a tu hermano? Si a veces porque a veces jugábamos, ¿el era mas grande o mas pequeño que tu? Más grande me lleva 3 años mas grande, me enseñaba algunos trucos con el yoyo y el trompo y salíamos a la calle. ¿Tú sabes si lo podría volver a ver? La verdad nose habría que preguntarle a x. ¿Qué es lo que mas te agradaba de tu hermano? Que era muy compartido y siempre me defendía de algunos niños más grandes o cuando se burlaban, ¿te pudiste despedir de tu hermano cuando se fue? Si y me dijo que cuidara a mama, porque se iba a quedar conmigo y que la obedeciera en lo que ella me dijera. ¿Dime algún recuerdo de tengas de tu hermano y te haya gustado mucho? Mmm cuando nos despedimos me dijo que no importa que nos separáramos, que el siempre me iba a querer y que algún día me iba a buscar para estar juntos. ¿Oye y de tus tíos, o primos que tengas? Creo que tengo una tía pero la verdad no me acuerdo muy bien y de mis primos nose nada. ¿Te acuerdas cuando llegaste al albergue? Si la fecha no pero esta Raquel, fue la que me recibió estaba bien chica y otro niño que ya no esta se llamaba Carlos

tenia casi mi edad era como de seis años, ya después llegaron otros niños, y les empecé hablar y cuando mi mama todavía estaba conmigo nos arrullaba a los tres, después me inscribieron en la escuela en la primaria Ceferino, y cuando podía llevarme mi mama me llevaba ¿Por qué a veces no te llevaba?, algunos días se sentía mal y muy cansada y pues me llevaban las niñeras o la enfermera ¿Cuándo entraste a la escuela por primera vez como te sentiste? Mas o menos porque no conocía a nadie y me daba pena hablarles, ya después la maestra nos fue preguntando como nos llamábamos y se me fue quitando el miedo, hasta en el recreo nos empezábamos hablar en el recreo y así hice amigos, y jugábamos a las atrapadas, escondidillas, me gusta ir a la escuela también por eso porque hago amigos, y me quieren ¿y como sabes que te quieren? Porque me lo han dicho y siempre nos ayudamos, ¿y tus compañeros del albergue también iban en la misma escuela? algunos si y otros iban en escuelas especiales como X y Y, pero otra niña que se llama Ivonne también estaba en la misma escuela que yo, pero en diferente salón, y ya cuando terminaban las clases iban por nosotros en la camioneta, llegábamos a la casa nos cambiábamos, comíamos nos dejaban descansar un rato y nos apurábamos hacer la tarea ¿ y tus compañeros del albergue crees que te quieren? Yo digo que si porque a veces hacen lo que yo les diga, ¿y como te han tratado desde que llegaste hasta ahorita? Bien, me dan mi medicamento, voy a la escuela, me gusta estar aquí, bueno a veces porque luego nos regañan o no salimos, pero si me gusta es como mi casa ¿y ya que me contaste que te tratan bien la comida que les dan que tal sabe? Bien aunque como a cada rato cambian de cocinera, hay algunas que cocinan bien y otras no ¿y tu como te consideras que eres para la comida? Bien siempre me como lo que me dan, mi comida favorita son los nopales y las milanesas de pollo y el

agua de horchata, ¿crees que seas un niño que tiene problemas para comer? No siempre como bien, aunque a veces no me gusta alguna comida ¿que comida es la que no te gusta? La mortadela, el pollo así como en crema y luego le ponen dizque elote y también a veces los bisteces, pero lo demás si me lo como bien ¿y alguna vez te ha pasado por la cabeza la idea de morirte o querer matarte? No como crees estoy muy chico todavía además me da miedo no todavía no pienso en eso ¿te asusta el pensar morirte? Si porque ya no viviría, y estudiaría o jugaría con mis compañeros y amigos ¿recuerdas cuando tu mami falleció? Si ella falleció en el 2004, ¿y sabes de que murió? Si de VIH es que ella no tomaba su medicamento, y eso hizo que se enfermara y se muriera ¿Cómo te sentiste cuando falleció? Cuando se murió mi mama me sentí mal y muy triste y a veces cuando es el día de las mamas y todos mis demás compañeros los acompaña sus mamas yo me pongo un poco triste, pero ya después se me pasa o a veces va una niñera y ya no me siento triste, ¿tu crees que mi mama este en el cielo o en el infierno? No se ¿que piensas tu? Yo pienso que me cuida desde el cielo, porque a veces siento que me observa cuando estoy en la escuela o aquí y mas cuando me voy a dormir ¿Tú la has visto? La verdad no, pero siento que ella esta conmigo ¿el virus que traes adentro como te hace sentir? Pues mal ¿Por qué? Porque me duele el estomago a veces y mas cuando como dulces con chile ¿y comes muchos dulces? A veces cuando me los regalan mis amigos o la señora de los dulces ¿y porque te regalan los dulces si se supone que los venden no? a es que tu no sabes pero a mi me los regalan porque saben que no tengo papas y no nos dan dinero y también nos dan a veces tacos de guisado ¿les ponen su louch para la hora del recreo? Si pero a veces no nos llenamos o se nos antoja algo. Ah ya entendí. ¿Oye y tus compañeros saben que tienes el virus? No, ¿Por

qué? Porque pensarían que los voy a contagiar y ya no se juntarían conmigo y no me hablarían y ya no tendría amigos en la escuela, solo sabe mi maestra que tengo el virus. ¿Y sabes como se llama el virus que llevas en tu panza? Si se llama VIH, pero me lo contagiaron ¿Crees que sea tu culpa el que tu tengas la enfermedad? No no es mi culpa porque cuando yo nací ya tenía el virus y nose quien me lo paso. ¿Y sabes lo que significa? No solo me dijeron que así se llamaba. ¿Que es lo que más te gusta de la escuela? Que tengo muchos amigos eh, mi maestra me gusta como me enseña y el patio es muy grande. ¿Como crees que son tus calificaciones? Son buenas porque ya subí de calificaciones llevo de calificaciones ochos y nueves y le voy ganado a Carolina, ella saca cinco y seis soy mas inteligente que ella, y también le cuesta trabajo las multiplicaciones y a mi no, yo ya me las aprendí, me concentro fácil y aprendo rápido. ¿Se te hace difícil concentrarte ya sea en la escuela o en las diferentes actividades que haces? A veces no en todo, por ejemplo la geografía un poco, por los estados y todo eso, pero nada más, las matemáticas me gustan, español. ¿Crees que se te olvidan las cosas muchas veces? No es muy difícil que se me olviden, además como llevo un diario casi no se me olvida lo que tengo que hacer. Bien ahora dime las cosas que te dan miedo. Que me espanten, y que me roben cuando regreso de la escuela ¿Qué pasaría si te robaran? Ah pues ya no podría ver a mis compañeros de mi escuela y de mi casa, y no me darían mi medicamento y que tal si ¿oye y con tus amigos como te sientes tu físicamente? Pues un poco mal, porque yo no soy muy guapo y soy el mas chaparro de mis compañeros. ¿Te agrada tu cuerpo? No ¿Por qué? Porque estoy moreno o negrito y mi color no me gusta y no soy tan grande como mis demás compañeros y luego cuando juego no alcanzo las canchas y me hacen luego burla de que no alcanzo ¿Qué partes de

tu cuerpo son las que no te gustan? Mi cara porque estoy medio negrito y no me gusta ese color ¿Qué color de piel te gustaría tener? Ser mas claro o guerito ¿te gustaría tener otro cuerpo? Si que fuera más alto y más clarito de mi piel me sentiría mejor y podría jugar mejor. ¿Te han espantado? Si una vez iba subiendo las escaleras y me grito este X ah y Y también las películas de miedo. ¿Cómo cual película te dio miedo? La novia de chuky en la noche cuando estábamos durmiendo pensé que iba a salir debajo de la cama. ¿Y como se te quito el miedo? Le llame a una niñera que nos cuida en la noche y le dije que me cuidara hasta que me durmiera. Bien ¿Qué es lo que te hace enojar? Que me agarren mis cosas y no me pidan permiso. ¿Cómo que cosas te agarran que te hace enojar? Mi game boy, mis pantalones o mis útiles que me llevo a la escuela, cuando me enojo me voy a una orilla y me quedo sentado, hasta que después ya no me siento enojado. Bien y ¿Qué cosas te ponen feliz o contento? Cuando voy al parque o nos traen juguetes mi game boy que apenas me regalaron. Bien ¿Qué te gustaría ser cuando estés grande? Mmm.. yo creo que luchador ser así como místico. ¿Por qué? Porque me gusta como lucha y es muy famoso y toda la gente lo quiere, pero también me gustaría ser bombero, porque llevan sus trajes y no le pasan nada y se meten entre el fuego y las llamas, ¿a ti te gusta jugar con el fuego? No pero si me gustaría apagar incendios y salvar a la gente que esta entre los edificios, y si hay niños y animales también, pero todavía nose bien que es lo que me gustaría a lo mejor después puedo cambiar de opinión. ¿Oye y a ti te gustaría que alguna familia te adoptara? A lo mejor y si cuando este mas grande así como le paso a X que se la llevaron y esta bien, porque me pueden dar cosas y tener hermanos aunque no sean de la misma familia, ya tendría mi propia casa y a lo mejor mi propio cuarto en donde pueda dormir a la hora que sea y

desvelarme o que me llevaran al cine y vivir muchos años y morirme cuando este muy viejito ¿ como a que edad te gustaría morirte? No se pues ya que este muy viejito como de noventa o cien años ¿aquí en el albergue no salen muy seguidos? Es que a veces estamos muy encerrados y aunque vamos al spa los martes y jueves a mi me aburre ¿Por qué te aburre? Nos ponen unos alambres en casi todo el cuerpo y nada mas estamos acostados a mí ya me aburre pero me tiene que llevar ¿quien les paga el spa? Fue del programa de los cinco magníficos y como gano el hijo del perro aguayo nos están llevando y nos dijeron que nos iban a construir nuestro jardín pero no han hecho nada, a lo mejor ya se gastaron el dinero verdad y por eso no han construido nada. La verdad es que nose que habrá pasado. ¿A ti te gustaría que los sacaran más? Si aunque sea al parque porque luego nos aburrirnos aquí todo el día, antes si íbamos los domingos al parque con las hijas de Lupita la niñera que nos cuidaba antes ¿si las conoces verdad? Si ah pues con ellas íbamos, ¿Y su nueva niñera no los lleva al parque? No ella no nos lleva porque a veces tenemos que doblar ropa o limpiar la cocina y nos apuramos pero dice que luego ya es tarde para salir y mejor nos pone una película o vemos la tele. ¿Te cae bien Chelita? Más o menos porque a veces siento que no nos tiene paciencia ¿Por qué? Se desespera o nos dice ya no van a ir al parque o los voy a sancionar con la televisión y así, pero cuando la obedecemos todos si nos deja hacer lo que queramos ¿oye y como te sentiste después de que mama Lupita se fue? Si un poco triste porque Álvaro y yo ya nos habíamos acostumbrado ¿tú la querías mucho? Si se portaba muy bien y nos llevaba al aurrera para comprar las cosas que hacían falta o a traer la leche, también nos ayudaba hacer la tarea y si la obedecía me gustaría que ella me adoptara, aunque ya tiene muchos hijos creo que tiene tres o cuatro niñas y conmigo ya

seria mucho. ¿Oye y de Violeta como te trataba? Ella era muy buena porque nos dejaba hacer lo que quisiéramos, solo que cuando nos apurábamos yo le decía de cariño violenta ¿Por qué le decías así? Nunca la llegaste a ver como caminaba y hablaba, era muy lenta y luego su voz la hacia como si tuviera flojera, aunque a ella casi no la extraño. ¿Las enfermeras como te tratan? Bien aunque esa Cata luego también se desespera porque para todo nos dice sino obedeces te voy apuntar en la bitácora y te van a sancionar, pero me cae bien el otro día estaba diciéndonos a mi hija no le tengo que decir de su tarea ella solita lo hace y que le digo pues vete con tu buena hija entonces y dale un dulce, porque hace su tarea ¿y que te dijo ella? Me dijo vas a ver X, y pensé que me iba acusar, pero no me dijo nada y ya después le pedí perdón por lo que le había dicho. ¿Cómo te sientes al ver que los otros niños te admiran y quieren ser como X? Se siente padre porque puedo hacer que hagan lo que yo quiero o luego se echan la culpa de algunas cosas que yo hago mal, o también a veces cargan mi mochila sin que yo les diga, sobre todo X y Y ¿y cuando se echan la culpa tu no te sientes mal? Si a veces, cuando me ve alguna niñera pues ya digo que yo fui, pero a veces ellos solo me defienden ¿Cómo te sentirías si después ellos se fueran dando cuenta de cómo a veces los tratas, y ya no te defenderían o seguirían tus ordenes? Pues mal porque a veces yo tendría que hacer algunas cosas que no me gustan, pero no siempre hacen lo que les digo, luego ellos solitos se ofrecen ayudarme así que no todo es mi culpa. ¿Qué les das cuando hacen lo que te piden? Ah pues a veces les presto mis juguetes o mi game boy que les gusta o tazos. ¿Y si algún día X que es casi de tu misma edad empezara a mandar a todos como te sentirías? No creo que eso pase porque a mi ya me conocen y tengo mas tiempo de estar aquí y me quieren mas que X ¿Y ahorita que estas mas grande con quien te llevas

mejor de las niñas? Con Z y Y porque son muy tranquilas y luego cuando salimos alguna parte juego con ellas a las escondidillas o atrapadas, porque con carolina parece que esta bien amargada, de todo se enoja y dice ya no juego a eso porque yo ya estoy grande y ya se siente adulta, además cree que es la mama de todos ¿Por qué? Dice X no hagas esto, yo que tampoco y se cree mucho, ¿te enoja que ella sea así? Si a veces porque luego ni estamos haciendo nada y ya te empieza a regañar, esta media loquita ¿y quien mas no te cae bien? No pues nada más ella.

Observaciones: durante la entrevista se observo lo siguiente: torna la mirada hacia abajo, así como baja su tono de voz cuando se le pide que hable de su familia en especial de su madre, al igual que con respecto a su enfermedad, se nota ansioso, en momentos realiza movimientos estereotipados. Sin embargo coopera adecuadamente en la entrevista.

Ficha de Identificación

**Caso 2**

**Edad: 8 años 2 meses**

**Fecha de nacimiento: 25 de mayo de 1999.**

**Genero** Masculino

**Escolaridad: 3 grado de educación primaria**

**Fecha de la entrevista: 17 y 18 de marzo de 2008**

Entrevista

Psicólogo: Hola X ¿como estas?

Niño: Bien ¿Qué vamos hacer hoy?

P. ¿Quiero platicar algunas cosas sobre ti?

N. ¿Cómo que cosas quieres de mí?

P. Sobre tu familia, lo que te gusta, lo que no te gusta, también acerca de cómo te sientes con el virus y cosas así ¿me entendiste?

N. ah¡ ya te entendí, ¿me vas aplicar algunas pruebas verdad?

P. No simplemente vamos a platicar

N. ahora si ya te entendí porque a veces las pruebas que me ponen hacer me cansan, ¿oye y después podemos jugar?

P. si esta bien.

P. quiero que me platiques acerca de tu familia. ¿Como se llaman tus papas, hermanos?.

N. bueno a mi papa no lo conocí dicen que se murió cuando yo todavía no nacía, a mi mama tampoco la conocí ya que dicen que se murió a los pocos días que yo nací.

P. ¿Y con quien te quedaste?

N. con mis abuelitos ellos son los que me cuidaron, hasta que me trajeron al albergue.

P. ¿Y de tus hermanos?, a mis hermanos solo creo que tengo otro pero tampoco lo conozco, y de tus abuelitos que me puedes contar de ellos “ellos viven en Oaxaca y luego cuando pueden vienen a visitarme o me hablan por teléfono. ¿Y que te platican cuando vienen o te hablan? Ah pues como he estado, que me porte bien y que obedezca a las personas que me cuidan aquí, para que yo me sienta bien. ¿Y como tu como te sientes cuando vienen? Bien porque a veces les platico de mi escuela, mis amigos y a veces me traen juguetes o dulces de Oaxaca.¿ te acuerdas como era tu casa donde vivías con tus abuelitos? Si era una casa muy pobre pobre tenia muchos ladrillos y luego en la noche se sentía mucho frío y yo me enfermaba mucho de la gripa o tos, y luego como ya no me podían cuidar mis abuelitos porque ya estaban grandes me trajeron para acá a vivir. ¿Cómo te sentiste cuando te trajeron para el albergue? Al principio muy triste porque extrañaba mi casa y a mis abuelitos, pero ya después como había otros niños me empezaron hablar, ¿Qué niños conociste cuando llegaste? Ah pues al que conocí primero de todos fue a X, el ya estaba cuando yo llegue y me decía “ven no estés triste, vamos a jugar y me llevaba con su mama, porque el llego con su mama ¿si sabias verdad? Si ah y entonces me ponía a jugar o luego su mama nos leía un cuento, hasta que su mama falleció, después llego Juan a el casi no le entendíamos porque no hablaba español quien sabe que idioma hablaba, también que casi no hablaba mucho, y de las niñas ya estaba X que también fue de las primeras que le hable y ella también me hablo y ya después fueron llegando mas niños como x , ah x también ya estaba solo que estaba muy chico era todavía un bebe y también me juntaba con otro niño que se llama Z ¿si lo conociste? Si creo que

algunas veces ha venido. ¿O sea que tu mejor amigo quien crees que sería? Pues X porque el me hablo primero y además estuve con su mamá cuando falleció ¿y como te sentiste cuando su mama falleció? Triste porque con su mama también me cuidaba y una vez me dijo era como su segundo hijo y que me quería mucho. ¿Y tú la querías? Si a veces también antes de que se enfermara nos llevaba a la escuela junto con X, y luego nos compraba dulces cuando salíamos de la escuela ¿y tú sabes de que murió la mama de X? Si murió de Sida ¿y tu sabes que es esa enfermedad? Si es cuando tienes un bicho que se te mete en el cuerpo y ya no se te puede quitar y como la mama de X a veces no se tomaba su medicamento y se murió ¿en que crees tú que te pareces a X y a los otros niños que viven en este albergue? Ah pues en que todos tenemos un virus y que ese virus ya no se nos va a quitar, pero si yo me tomo mi medicamento y no como chile y también no como muchos dulces, el virus va a estar dormido, pero si no me tomo mi medicamento me puedo enfermar y morir , ¿y alguna vez no te has tomado tu medicamento? No porque siempre me lo dan, aunque a veces sabe muy amargo y aunque me tome mi medicamento al principio me dolía la panza , me daba calentura o me dolía la cabeza, pero era mientras el medicamento se acostumbraba a mi panza eso me dijo el doctor, ¿y te sigue doliendo el estomago y la cabeza cuando te tomas tu medicamento? No ahorita ya se acostumbro mi cuerpo a mi medicina ¿ y de tus compañeros a parte de X con quien más te llevas bien? Con X y Y aunque a veces X me desespera porque todo quiere pero casi con todos me llevo bien ¿te gustaría ser como X? Si porque el me ha enseñado muchas cosas ¿Cómo que cosas te ha enseñado? Ah pues me ha enseñado a tirar el trompo o jugar con los tazos, también luego me enseñaba algunas cosas de la escuela, el es mas grande que tu... Si por un año yo voy en tercero y el en

cuarto año ¿Y te gusta ir a la escuela? Si porque me gusta ir a la escuela aprender cosas nuevas, además tengo muchos amigos, y en el receso hay una señora que vende fruta y dulces y a veces nos regala chicharrones, o lo que le pidamos. ¿Y porque les regala si se supone que todo lo que les da se vende no? si pero te voy a decir un secreto lo que pasa es que a mi me las regala porque sabe que no tengo papas y vivo en un albergue. ¿Y no les ponen comida para su receso? Si pero a veces no nos llenamos y vamos con la señora que nos regala todo. ¿ Pero también a veces de tantos chicharrones o fruta no te duele el estomago? Si cuando como mucho o luego cuando llego al albergue no me da hambre porque me siento lleno. ¿Crees que comes bien? Si porque casi todo me lo como, mira me gustan mucho los nopales, el pollo, la sopa, lo que casi no me gusta son las calabacitas pero si como bien, solo cuando me duele la panza o me siento enfermo. ¿Y les dices a las enfermeras que comiste en la escuela?, No porque a veces ya se me olvida, y no te hace sentir culpable... Bueno si un poco pero todos a veces hemos mentido. Por ejemplo la enfermedad que llevas crees que es tu culpa... No lo que llevo en mi panza ya lo traía cuando nací así que no todo es mi culpa, si saco malas calificaciones y me porto mal ahí si puede que tenga un poquito de culpa, porque no estudie y no me estoy portando bien. ¿Tengo entendido que eres unos de los niños con mejor promedio del albergue y del salón? Si subí de calificaciones a veces lo que no entiendo muy bien son las matemáticas por ejemplo cuando son los cambios de mililitros a litros, pero todo lo demás si lo entiendo, a veces me dicen que soy un buen niño porque me porto bien y llevo buenas calificaciones, y me gusta que me digan que soy un buen niño, porque así cuando va la gente me dicen que soy un buen niño y eso me pone contento, ¿ entiendo entonces que aprendes con facilidad o te cuesta trabajo

aprender algunas cosas? A veces si hay cosas que me cuestan un poquito más de trabajo y necesito poner mas atención a lo que estoy realizando ¿Y para las demás actividades que haces? Para las demás cosas creo que soy bueno porque no se me olvidan y si me acuerdo de lo que tengo que hacer, como mi medicamento, mi tarea o cuando tenemos que hacer ¿y tus demás compañeros que te dicen? No nada aunque a veces me dejan de hablar algunos no todos porque dicen que luego yo me creo mucho y que no se que pero yo no soy así, solo me porto bien para que cuando pida me den lo que quiera, ¿y tu como te sientes cuando te dicen así? A veces mal porque luego David no saca buenas calificaciones o Juan no obedece y otros niños que tampoco obedecen, ya hasta después que Chela habla con ellos y les explica porque a mi a veces me traen mas cosas que a ellos y se quedan callados o después se les pasa o se les olvida y me vuelven hablar. ¿Cómo crees que eres físicamente te agrada tu cuerpo? No mucho porque a veces me gustaría ser mas alto, mas claro de color o guerito y no ser tan negrito o morenito, porque a veces cuando juego no alcanzo las porterías y otros niños que son de mi misma edad son mas grandes y me gustaría ser como ellos. El cuerpo que te gustaría seria.. Ah pues mas alto y ser mas guerito de color ¿Crees que en el albergue como en tu escuela te acepten en los diferentes grupos? Yo digo que si me quieren mis amigos, aunque a veces casi no le hablo a cualquiera porque soy muy tímido, hasta que ellos me empiezan hablar es cuando les hablo, pero luego como tengo mas amigos que X el me deja de hablar y luego yo les dejo de hablar a mis compañeros para que X no me deje de hablar. Supe que te escogieron para que representaras a todos los niños en el programa de los cinco magníficos ¿Cómo te sentías? Al principio bien porque me llevaban a las luchas y conocí a todos del equipo, pero después mis compañeros me

empezaron hacer burla y ha decir que me creía mucho, pero cuando fueron los de televisa me dijeron que a mi me habían escogido, pero mis compañeros no me creían y pensaban que me había escogido Chela o Alfredo ¿en la escuela tus compañeros que te decían? No ellos no sabían que estábamos en el concurso porque nos dijeron que no les dijéramos a los compañeros de la escuela. ¿Si mal no recuerdo iban al albergue a visitarlos? Si aunque a mi a veces ya me aburría porque el niño que nos representaba se llamaba Francesco y nada mas fingía que era mi amigo y dizque jugábamos a los carros, pero solo iban a grabar para el programa y después se iban. ¿Te gustaba ir al programa y ver el espectáculo que daban? Al principio si, pero ya después no porque para todo me llamaban, mejor luego prefería quedarme en la casa ¿ahora tu eras como el jefe no porque todos te admiraban cierto? Si pero ya después no me gusto, lo bueno fue que nos pusieron unas mascararas para que no nos reconocieran, sino imagínate mis compañeros me hubieran hecho burla ¿Por qué? Hay pues porque también hubiera pensando que me creo mucho porque ya salgo en la tele y mas si se hubieran enterado de que ganamos. ¿ Como te sentiste cuando ganaron? Contento, porque pensé y dije ya no me van a seguir haciendo burla y además todos me decían Álvaro, esto y todos se querían tomar una foto conmigo y hasta que yo me enoje y les dije también hay otros niños no nada mas soy yo, ¿y que te dijeron? Que si tenían razón y ya después vieron otros niños cuando nos iban a visitar y ya no era yo nada mas ¿imagino que te sentiste descansado cuando acabo todo el programa? Si porque ya después quitaron toda la atención en mi y si me gusta tener atención pero no mucha solo tantita. ¿Te gusta tener amigos o crees que eres un niño que le gusta conocer otros niños? Si me gusta conocer otros niños aunque a veces no les platico de mi enfermedad, porque me vayan a dejar de

hablar, pero cuando salimos o estoy en la escuela si les hablo bien ¿Cómo te has sentido ahora que ya no esta mama Lupita y Violeta? Pues de Lupita a veces si la extraño porque ella nos consentía mucho y nos quería, nos llevaba a comprar la despensa y nos sacaba al parque y así además nos tenia mucha paciencia, porque estuvo muchos años con nosotros, pero sus hijas vienen los fines de semana a cuidarnos y a veces ellas nos llevan al parque. Y a Violeta si la extraño pero no tanto luego hablaba muy lento o caminaba lento le pusimos entre David y yo violenta, pero si me caía bien nos dejaba a veces hacer lo que quisiéramos. ¿ Y ahora con las nuevas niñeras tu como te sientes? Pues bien aunque a veces Chelita que es la nueva niñera como que no nos tiene mucha paciencia, a veces nos dice si no se apuran no habrá televisión o así, pero ya después se le pasa y se le olvida y nos deja ver la televisión, pero me gusta cuando me explica algunas cosas de la escuela también y gracias a ella también llevo buenas calificaciones, porque cuando no entiendo algo me explica bien, lo único malo es que con ella casi no vamos al parque, ahora ya nos lleva al aurrera y si acabamos temprano la tarea nos deja ver la televisión o jugar con nuestros juguetes, ¿te agrada vivir aquí? Si porque me dan mi medicamento para que no me enferme, voy a la escuela y aprendo cosas, y luego nos traen visitas y llegan con juguetes o ropa para nosotros y ahora que ya se acerca el día del niño no se que nos puedan traer y quienes vayan a venir y por eso ya me estoy portando bien . ¿ O sea que te portas bien para ver que te traen o regalan? No no pero siempre trato de portarme bien. De todas las cosas que te han pasado dime alguna que mas te haya puesto triste? mm.. Yo creo que cuando me trajeron mis abuelitos aquí ¿Por qué? Porque pensé que ya no los volvería a ver, pero si luego me hablan y me dicen como estoy y que me siga portando bien y sea un buen niño. ¿Alguna vez has pensado en

matarte o tener ese tipo de ideas? No porque me da miedo la muerte, además todavía estoy muy chico y me quiero morir cuando ya este muy viejito. ¿Oye y te gustaría que más grande te adoptaran? ¿Así como a X? Si, pues así ya tendría otra familia y además seguiría estudiando y me comprarían muchas cosas, tendría mi propio cuarto y mis juguetes y me gustaría ser biólogo ¿sabes que hace un biólogo? Si la maestra nos explico que se encargan de cuidar la naturaleza y los animales, y aparte me gusta mucho agarrar a diferentes animales ¿Cómo cuales? Las hormigas, las cochinillas y así ver las serpientes y víboras es lo que me gustaría ser de grande, pero ya si conozco otra cosa que me agrada cuando ya este mas grande pues otra ¿sabes que he notado que ya no te enojas o lloras como antes cuando pierdes? Si ya vez que antes me decían que por todo lloraba o me enojaba, es que ya aprendí que a veces se puede ganar o perder y no pasa nada si pierdes, pues puedes volver a jugar y a lo mejor esa vez si ganas y eso me da mucho gusto que ya no llore como antes. ¿Oye y te gusta realizar las cosas aquí en el albergue? A veces porque luego me siento medio cansado, pero es cuando a veces no duermo bien o me acuesto mas tarde, pero luego también me da flojera después de comer y a veces me duele el estomago, pero es por el medicamento eso es lo que me dicen las enfermeras. ¿Hay alguna cosa a la que le tengas miedo? Si a las alturas por eso luego cuando vamos a subirnos algunos juegos que son altos yo no me subo, y antes también le tenia miedo a la oscuridad, pero ya se me quito.¿ y X que lo ponen contento o feliz? Pues a veces que me feliciten por ser un buen niño, que me den regalos como ropa, juguetes o dulces o que nos lleven algún lugar que no conozcamos Oye y ya por ultimo ¿te gustaría tener hijos? No ¿Por qué? Es mucho trabajo tienes que trabajar mucho para mantenerlos y luego sino te obedecen o van mal en la escuela ¿Pero no todos

los hijos son así? No verdad que tal si son como yo de inteligentes y obedientes verdad.

Observaciones: hay buen rapport se muestra cooperativo a la entrevista, no hay factores distractores, al hablar de su familia inclina su cabeza hacia abajo, en ciertos momentos se le nota

### **CASO 3**

Ficha de Identificación

**Edad:** 7 años 2 meses

**Fecha de nacimiento:** 1 de septiembre de 1999.

**Genero** Masculino

**Escolaridad:** 1 grado de educación primaria

**Fecha de la entrevista:** 17 y 18 de marzo de 2008

Entrevista

P. Hola Eduardo ¿como estas?

N. Bien

N. ¿Qué vamos hacer hoy?.

P. Quiero esta vez platicar contigo sobre ti, de tu familia, tu escuela, amigos.

¿Qué tal te parece?.

N. Si esta bien y ¿después podemos jugar?.

P. Claro. ¿Cuéntame de tus papas y hermanos?.

N. Bueno mi mama se llamaba X y ya se murió, y tengo un hermano, que luego viene a verme, con mi abuelito, ellos me cuidaban, vivía en un pueblo en Puebla, y me trajeron aquí porque ya no teníamos dinero y a veces no me daban mi medicamento, pero luego vienen a visitarme y eso me gusta porque me preguntan como me siento o me traen dinero y veo a mi hermano con el que jugaba mucho. ¿Y de tus papas? A mi papa no lo conozco, y mi mama ya se murió. ¿ Y te acuerdas de cómo era tu mama?, si era flaquita, muy bonita y yo la quería mucho a veces me compraba dulces o juguetes cuando le ayudaba a limpiar la casa. ¿Dime algo bonito que te decía tu mama? Que siempre me iba a querer aunque no estuviera conmigo ¿Que es lo que mas extrañas de tu mama? Que ya no esta conmigo y con mi hermano, pero me siento bien aquí

porque voy a la escuela y me dan mi medicamento para que yo este sano. ¿Con tu hermano como te llevas? Bien el luego viene a visitarme y nos ponemos a jugar ¿Cómo es tu hermano? Es como yo pero más morenito, esta de mi estatura. ¿Antes ibas a la escuela? No porque mi mama y mi abuelito no me llevaban. ¿Y porque no te llevaban? Porque a veces me sentía mal y tenia calentura o me dolía la panza, y también pensaban que podía contagiar a otros niños. ¿Y tu hermano iba a la escuela? si el si iba porque no tenia nada de enfermedad ¿y como te sentías al ver que tu hermano si iba y tu te quedabas en la casa? Mal porque luego cuando el se iba me quedaba con mi abuelito y mi mama hasta que llegaba mi hermano ya jugaba, además luego hacia amigos en la escuela y yo no tenia porque como no salía me aburría, pero luego veía la tele. ¿Oye y tienes primos? Si pero no me acuerdo muy bien como se llaman, casi no jugaba con ellos porque Vivian un poco lejos. ¿ Y tu abuelita como te llevabas con ella? Bien cuando murió mi mama ella me cuidó antes de que me trajeran para acá, ella me tenia mucha paciencia, el otro día que vino mi abuelito a visitarme me dijo que mi abuelita ya se había muerto, pero le dijo que me portara bien y que obedeciera y fuera un buen niño ¿ y como te sientes ahora que ya no esta tu abuelita? Un poco triste porque ella me quería mucho y yo también la quería, pero también ya estaba muy grande y a lo mejor cuando yo me muera la voy a ver ¿y como sabes? Porque mi abuelito me dijo que ella ya estaba en el cielo y las personas cuando se mueren se van al cielo, así que cuando yo me muera voy a ver a mi abuelita y a mi mama. ¿Crees que tu mama te este viendo desde el cielo? A lo mejor espero que no me vea siempre ¿Por qué? Porque no siempre me porto bien ya que a veces hago trampa o no hago mi tarea ¿Y que pasaría si tú te mataras? No yo no pienso en matarme estoy muy chico, además me da miedo y me

quiero morir cuando ya este viejito ¿te gusta ir a la escuela? si porque aprendo y hago muchos amigos, es que a veces nos dejan mucha tarea y luego no entiendo ¿pero por eso la niñera que te cuida te ayuda a hacer la tarea no? si pero luego se desespera, ¿Cómo te has sentido aquí desde que llegaste? Pues más o menos ¿Por qué si me dijiste que aquí te dan todo como tu medicamento, vas a la escuela o los llevan a veces algún paseo no? si pero a veces siento que mis compañeros no me quieren ¿los de tu escuela? no los de aquí de la casa ¿Por qué sientes que no te quieren? Es que luego no me prestan sus cosas o cuando hacen sus juegos no me incluyen y Chelita les tiene que decir que yo también juego, y a veces hago lo que ellos me dicen y así me aceptan pero solo un rato, y luego se les olvida, a veces extraño a mi hermano porque jugaba mucho con el y nos cuidábamos o luego también cuando jugábamos los dejo ganar para que no me digan nada. ¿Y le has dicho a Chelita de cómo te tratan tus compañeros? No porque que tal si le digo y los regañan y después ya no me hablan, ¿pero ellos no tienen derecho a tratarte así porque tu también vives aquí no crees? Pues si, también a veces siento que me regañan mucho y me sancionan a cada rato, que porque dicen que a veces me porto mal ¿y tu crees que realmente te mereces ser regañado y sancionado? A veces si porque no obedezco pero no es siempre a veces si obedezco. ¿Cuando estabas con tus abuelitos y no obedecías que te decían? A veces nada me dejaban hacer lo que quisiera, solo me decían ya no lo vuelvas hacer y aquí si me sancionan y regañan y es lo que a veces no me gusta de estar aquí, también lo que no me gusta es lavar los platos, trapear y acomodar los trastes me da mucha flojera. ¿ Me han comentado que algunos niños han tomado algunas cosas del aurrera y que por eso ya no los llevan he cierto eso? Si lo que pasa es que antes nos robábamos cosas este X, Y y Yo

¿Y porque lo hacían? Porque nos gustaba un dulce y no lo llevábamos sin pagarlo, hasta que Chelita nos dijo que eso no estaba bien porque los policías nos podían llevarnos a la cárcel ¿ah poco si nos pueden llevar a la cárcel? Si es una cárcel especial para niños, en donde hay niños como tu o mas grandes que también han robado y ahí se quedan mucho tiempo ¿a ti te gustaría estar en una cárcel? No porque no me iría a visitar mi abuelito y mi hermano, y tampoco me darían mi medicamento y que tal si me enfermo y me muero no mejor ya me voy a portar bien ¿le tienes miedo a morirte? Si porque ahorita estoy todavía chico si estuviera como tu de grande pues no, o también que me atropellaran eso me daría mucho miedo. ¿O sea que le tienes miedo a morirte y a que seas atropellado por un carro? Si por eso me fijo cuando voy a cruzar la calle y veo que el semáforo este de color rojo para que pueda pasar la calle. ¿Sabes que todos los niños que están aquí tienen algo? Si todos tenemos un virus, me dijeron que estaba en mi panza pero que ya no se me va a quitar, solo si me tomo el medicamento se va quedar dormido y también que no coma chile y muchas papas fritas y cheetos, ¿y como te dan de comer aquí? Bien la comida a veces me gusta y a veces no me gusta, lo que mas me gusta es el pollo del Kentucky, y lo que casi no me gusta son las verduras, pero siempre me como todo. ¿Y tú medicamento a que sabe? Sabe muy amargo, pero ya después te acostumbras y con agua se te pasa lo amargo, pero también antes cuando me lo empezaba a tomar me dolía la panza o me daban nauseas y me dijo el doctor que era mientras mi cuerpo se acostumbraba al medicamento ¿y te sigue doliendo tu panza o te duele la cabeza? Ahorita ya no porque ya se acostumbro mi cuerpo a veces cuando corro mucho si me duele la panza un poco y ya después dejo de correr y se me quita, pero puedo vivir muchos años si me tomo mi medicamento ¿oye y tus amigos de la escuela saben que tienes

ese virus? No porque si se enteran a lo mejor ya no me hablarían y a lo mejor pensarían que los voy a contagiar, además aquí nos han dicho que no digamos que tenemos un virus solo la maestra lo sabe. ¿ Y conoces del virus que traes? La verdad no solo se que ya no se me quita. ¿ Te gusta ir a la escuela? si la escuela me gusta porque aprendo muchas cosas que no sabia, estoy aprendiendo a leer y a escribir, ¿te gustan los cuentos? Si y cuando aprenda a leer mejor ya podré leer cuentos y revistas, porque luego nada mas veo las figuras pero no entiendo lo que dicen, luego chelita me lee cuentos y yo con las figuras me doy cuenta de que trata el cuento.¿ en tus calificaciones como vas? Bien aunque luego saco seis o a veces repruebo, pero ahorita ya le estoy echando ganas y estoy subiendo mis calificaciones para pasar de año, me gusta mucho aprender cosas nuevas, me gusta mucho aprender sobre el medio ambiente. ¿Te es fácil aprender cosas nuevas? Si me gusta mucho aprender aunque a veces si se me olvidan, en los exámenes luego aunque haya estudiado me pongo medio nervioso y se me empiezan a olvidar las cosas. ¿Y sabes que te gustaría ser de grande? No todavía nose bien, a lo mejor policia, o doctor ¿y porque policia? Ah porque así atrapo a todos los que roban y los encierro en la cárcel a todos los malos ¡ y doctor porque? Ah pues así curaría a mucha gente que esta enferma y a los niños también para que ya no enfermen así como yo y hacer una vacuna para que ya no tengan el virus y puedan vivir muchos años. ¿ Que crees que te pasaría en 5 años? Yo creo que seguiría estudiando porque a penas voy en primer año, ya hasta que este mas grande ya trabajaría ¿y te gustaría casarte y tener hijos? Nose a lo mejor pero solamente tener un hijo porque luego gastas mucho dinero, ¿como en que gastas? Ah pues en su ropa, pañales cuando son bebes y la comida y luego cuando son así como nosotros los cuadernos, mochilas y libros por eso nada

mas me gustaría tener un hijo. ¿Tu novia seria guapa o fea? Pues nose a lo mejor fea ¿y porque fea? Porque yo no soy muy bonito, ¿te consideras un niño feo? Si casi no me veo al espejo porque me siento feo y pienso que los demás niños a veces me ven feo. ¿Cómo te gustaría estar? No se pero tener otro cuerpo o ser otro niño así como X o Y ¿pero ellos son mas morenitos y están mas chaparros y tu no estas chaparro? No pero a veces quieren mas a X y Y ¿y tu como sabes que a ti no te quieren o que quieren mas a X y Y? Ah pues porque a ellos casi no los regañan y luego cuando vienen las visitas les traen mejores juguetes que a mí, ¿crees que con los que vives aquí (albergue) te quieran o te sientas parte del grupo? A veces pienso que aquí no me quieren, porque trato de portarme bien y hacer lo que me dicen algunos niños pero siento que no me quieren y aunque a veces les doy o les convido de lo que tengo, siento que nada mas cuando les doy me hablan bien. ¿Pero aquí también hay gente que te quiere no crees? Si como por ejemplo chelita, Mayra aunque ella ya no esta y tu hermano si verdad aquí también hay gente grande que me quiere. Así es yo creo que a todos se les quiere. ¿ Ahora bien cuéntame que es lo que te pone feliz y alegre? Cuando vienen a visitarme mi abuelito y mi hermano, ¿Por qué? Porque les cuento como me han tratado y juego aunque sea un ratito con mi hermano, y ya después pasan a ver a Paola para que le digan como me he portado, ¿y si te portas bien que te dice tu abuelito? Que siga así y que sea un buen niño, porque dice que nada me hace falta y que de gracias por las personas que cuidan de mi, porque estoy bien, ¿y cuando te portas mal? Me dice que si sigo así ya no va a poder venir a visitarme porque le da pena que le den quejas de mi, y que debo portarme bien para que mi abuelito siga viniendo a visitarme, ¿y cuando sientes que tienes tu la culpa? Solo cuando me porto mal, o cuando no quiero que regañen a mis

compañeros, porque no me gusta que los regañen y sancionen. ¿Y que te dicen tus compañeros cuando tu te echas la culpa? No me dicen nada mas se me quedan viendo. ¿Crees que de todo tienes la culpa? No de todo tengo yo la culpa pero si a veces creo hago cosas en las que es mi culpa. ¿Y como te has portado estos últimos días? Bien ahora si ya estoy obedeciendo mas y haciendo mis tareas, doblo ropa, para que ya no le den quejas y no me sancionen. ¿tu crees que algún día me pueda ir con mi hermano y mi abuelito? La verdad nose no depende de mí sino de Alfredo y de tu abuelito, si es que tiene la posibilidad de darte tu medicamento y te paguen la escuela, las consultas, pero quien sabe. ¿ Tu que crees? A lo mejor aunque sea con mi hermano y a lo mejor el me cuidaría verdad. ¿ Te gustaría regresar con tu abuelito y tu hermano? Si por qué a veces los extraño mucho, pero después ya se me pasa o se me olvida cuando nos llevan algún lugar o tenemos visitas. ¿Eso es lo que te hace que te sientas triste? Si un poco y también a veces que no me quieran algunos niños, pero ya después se me pasa. ¿Que es lo que mas te gusta hacer cuando acabas tu tarea o tienes tiempo libre? Jugar, correr, ver televisión, jugar tazos, hacer muñecos con plastilina ah y el ajedrez, ¿y como que cosas te dan miedo? Solamente algunas películas de terror, por ejemplo la novia de chucky porque el muñeco que sale esta bien feo y eso si me da un poco de miedo y también a las alturas cuando veo luego nos subimos al techo y si esta muy alto me da miedo, porque a las jeringas a eso no le tengo miedo y cuando me inyectan no lloro o si me van a sacar sangre tampoco, y cuando me van a sacar un diente le digo a la doctora que no me pique y así me aguanto.

#### **Caso 4**

**Edad:** 11 años

**Fecha de Nacimiento:** 14 de febrero de 1996.

**Género:** Femenino

**Lugar de Nacimiento:** Tenancingo, Tlaxcala

**Escolaridad:** 4º de Primaria de Escuela regular

P. Hola X ¿Cómo estas?.

N. bien gracias ¿para que pase hoy contigo te dijo X?.

P. si y quiero platicar contigo.

N. ¿sobre que?

P: Me interesa conocerte.

N. ¿Yo ya no soy una niña verdad? Porque ya no me gusta jugar con las muñecas, además las platicas de los niños me aburren. ¿Por qué te aburren? Nose se me hacen muy infantiles, todavía no maduran solo me entiende X porque es de mi edad.¿pero también tu pasaste por y no crees que deberías comprenderlos?, pues si pero a veces me desespero, aunque ya no tanto como antes. ¿Cuéntame un poco sobre tu familia? Bueno mi mama ya se murió se llamaba Mari carmen y murió de cáncer, porque fumaba mucho y ese día me acuerdo que estaba en el hospital y mi tía me dio la noticia estaba en la sala de espera porque no me dejaban entrar decían que estaba muy chica para que pudiera entrar ¿ como te sentiste cuando te dieron la noticia? Pues mal porque era mi mama y me quería mucho y no me pude despedir porque estaba en la sala de espera con mis otros hermanos ¿Cuantos hermanos tienes? Tengo una media hermana que se llama Erica que tiene 17 años es media hermana porque es de mi misma mama pero de distinto papa ¿me entiendes verdad? Si te entiendo ah bueno mi otro medio hermano que se llama Gustavo que se

parece mucho a Erica el tiene 19 años, Carlos que el si es mi hermano que el ha de tener como 16 años ¿y con quien estabas cuando falleció tu mama? Con Carlos y Erica nada mas porque los otros estaban con su papa ¿ y como te llevabas con tu mama? Bien ella me quería mucho ella trabajaba vendiendo perfumes junto con mi tía y también vendía productos para bajar de peso que se llaman Herbalife, ella se parecía mucho a mi en lo físico o sea que era muy bonita, y a veces cuando regresaba de la escuela le iba ayudar a vender los perfumes junto con mi tía Elizabeth ella tiene 30 años y se llevaba muy bien con mi mama, y cuando ella falleció se hizo cargo de nosotros por un tiempo, porque ya después se fue a vivir a otra ciudad y nos quedamos a cargo de mi abuelita, pero como ella ya estaba grande llamo al ministerio publico para que a mi y mi otro hermano nos llevaran a una casa hogar, y yo no sabia que era eso nunca había estado en una casa así y pues es una casa en donde hay muchos niños que no tienen papas o mamas y hay niños de diferentes edades y la verdad yo extrañaba a mi abuelita porque esa casa no me gustaba ¿ y porque no te gustaba te trataban mal? No pero no me acostumbraba era así como muy raro estar ahí, y como nose como supieron que tenia el VIH me trajeron aquí en este albergue. ¿Y que paso con tu hermano? Se quedo en esa casa, y de el si me pude despedir, ¿Como te llevabas con tu hermano? Bien el me quería mucho y me decía que aunque estuviéramos separados siempre nos íbamos a querer, porque con Erica no supe a donde se fue y que habrá pasado con ella ¿tu crees que vuelva haber a mi hermano? Nose eso ya es cosa de que lo platiques con la abogada y Alfredo para ver que se puede hacer. ¿ Antes también ibas a la escuela verdad? Si yo iba en la tarde entraba a las dos y salía a las seis de la tarde, y ya llegaba a mi casa bueno yo vivía por azcapozalco en el estado de México, y llegaba y hacia mi tarea y alcanzaba a mi mama y tía y

ya regresábamos en la noche y cenábamos o luego nos íbamos a comer taquitos, ¿te daban tu medicamento cuando estabas en tu casa con tu tía, mamá o abuelita? No pero me sentía bien, no me dolía nada ni la cabeza, ni la panza, ¿y tu sabías que tenías el virus? sí y también mi mamá pero nunca me dio medicamento ni nada como nunca me sentí mal yo creo que por eso, ¿y ahora que te dan medicamento como te sientes? Igual no me duele nada, y me siento muy bien, ¿y te gusta estar en el albergue? La verdad no porque son muy aburridos y no estoy acostumbrada a estar mucho tiempo encerrada como antes en mi casa salíamos y nos íbamos a cenar o luego ya me levantaba tarde y terminaba a veces mi tarea y me metía a bañar para que no se me hiciera tarde en ir a la escuela, pero aquí no salimos entre semana solo a veces los sábados o cuando tenemos visitas, pero aquí yo me aburro por eso luego me pongo de malas o no quiero hablarle a la gente, no me siento a gusto incluso a Chela casi no le hablo ¿y porque no le hablas? No me cae bien a veces porque luego nada más nos dice que no podemos hacer esto o así cosas de esas ¿como que cosas te dice que no puedes hacer? Que no puedo salir yo sola al parque, que nos tengamos que acostar temprano a las nueve de la noche ya todas debemos estar en la cama o sea no manches, ¿pero no crees que si te pasara algo los responsables son Chela y Alfredo? Pues sí pero no me va a pasar nada si me salía antes en la noche y ya me metía noche cuando estaba con mis amigos de la calle, como crees que aquí me va a pasar algo o sea no me va a pasar nada, a veces algunos niños de aquí piensan que estoy amargada ¿y porque piensan eso? Porque dicen que de todo me enoja, pero no de todo me enoja lo que pasa es que no me siento a gusto aquí, por lo mismo de que no salgo como antes y luego algunos niños me desesperan porque dicen puras tonterías ¿como que tonterías según tu dicen? Nose como

jugar con muñecas y yo ya estoy grande, ya jugar con eso me aburre, ¿pero a ti también te gustaba jugar antes con las muñecas cierto? Tu lo has dicho antes pero ahora ya crecí ¿y algunas de tus compañeras son mas chicas no crees que deberías respetarlas que jueguen a lo que ellas quieran? Pues si pero es que son muy infantiles, bueno están chicas todavía verdad, ¿Cómo te sientes ahora con el virus que llevas adentro? Bien porque si me tomo mi medicamento no me pasa nada y el virus se queda dormido, porque cuando despierta es cuando uno se siente mal ¿y tu te has sentido mal por el virus? A veces no siempre luego me duele la cabeza o la panza cuando como mucho chile, o papas, pero a veces ya no como tanto para que no me duela y me sienta mejor, ¿ que crees que te dirían tus amigos de la escuela si se enteraran que tienes un virus? No manches me dejarían de hablar o ya no jugaría con ellos no mejor no les digo nada ¡ y por que crees que harían eso? Hay pues porque pensarían que los voy a contagiar y no mejor no les digo nada. ¿Y te gusta ir a la escuela? si porque aprendo muchas cosas y hago amigos. ¿Como que cosas aprendes en la escuela? cosas como divisiones y restas y todo eso además me sirve para no aburrirme ¿imagino que tienes amigos en la escuela? no muchos porque algunas de mis compañeras piensan que soy amargada y que ningún juego me gusta ¿y crees que tengan razón? A lo mejor un poco pero no siempre me enojo de todo también me gusta jugar a las atrapadas o las escondidillas y eso también me divierte o sea que no estoy tan amargada y no soy tan enojona ¿ tu como crees que eres? Yo siento que soy un poco enojona, soy bonita y también soy simpática y me agrada platicar con niños mas grandes que yo ¿ y porque ¿ no se me gusta platicar ya son otras cosas ¿ y como de que cosas te gusta platicar? Ah eso no te lo puedo decir porque son cosas privadas, entiendo no es necesario que me digas todo solo lo que tu

consideres que me tengas que decir llevo un diario a parte del que me dejan en la escuela y ahí escribo luego lo que me pasa o como me siento y solo a veces se lo muestro a la niñera de la noche y con ella me pongo a platicar y luego ella me da consejos y todo eso ella hace que me sienta mejor. Bien ¿Qué es lo que te gustaría estudiar cuando seas mas grande? Me gustaría ser actriz porque me gusta luego cuando antes veía las telenovelas y me gustaría estudiar además hacer diferentes papeles como de villanas y luego también hacerla de buena me entiendes verdad. Si te entiendo además las actrices son muy bonitas y yo creo que no estoy tan fea como otros niños además ganaría mucho dinero y ya me compraría mi propia casa y haría de mi vida lo que yo quiero, buscaría a mi hermano y viviremos muy felices todos ¿eso es lo que te haría feliz? Yo creo que si volver a estar con mi familia ¿y en el albergue no te sientes como una familia o parte de una familia debido a que todos tienen un virus ? No no manches como crees mi familia es mi familia y aunque yo la quiero no es lo mismo estar aquí que con mi familia, ¿oye y comes bien? Si aunque a veces la comida de aquí no me gusta porque le falta sabor y no me gusta. ¿Qué tipo de comida es la que te gusta? Me gusta el pollo y las enchiladas verdes, y un poco el mole, ¿duermes bien? A veces porque luego aunque me acuesto dizque temprano me quedo platicando con Claudia ¿Quién es Claudia? es la niñera de la noche y así platico de todo. Oye yo no creo en los psicólogos ¿Por qué? Porque a mi no me han ayudado esta Nancy me enoje con ella porque siempre me quiere mandar o me dice que es lo que tengo que hacer y no me gusta que me digan que es lo que tengo que hacer, solo le pedí a la doctora del hospital que me sacara cita con la psicóloga de ahí, porque con ella si me llevo bien y me entiende ¿Ya habías antes estado en psicología en el Hospital? Si antes me llevaban ahí y con ella

me siento bien y ya le platico como me siento o nada mas que me de un consejo. ¿tu crees que eres importante aquí en el albergue? Mas o menos porque a veces siento que no me entienden ya ves por lo que te dije ese rato, ¿te gustaría que tu cuerpo y cara fueran como los de otra persona? A veces porque a lo mejor si tuviera otra cara mas bonita probablemente me querrían mas y estaría viviendo mejor, que fuera un poco mas alta y delgadita me sentiría mejor ¿Eso es importante para ti el tengas una cara bonita o tuvieras un cuerpo diferente? Si porque también si no tuviera un virus adentro de mi cuerpo estaría mejor, aunque fíjate que no se me nota que traigo el virus porque no tengo manchas ni sangro ni nada de esos como otros niños que a cada rato se enferman, yo hasta ahorita no me he enfermado y espero vivir muchos años, si me sigo tomando mi medicamento no me va a pasar nada. ¿Me dijiste que te gusta conocer gente nueva y platicar con ella es cierto eso? Si me gusta conocer gente mas si son mas grande o de mi misma edad, con niños que me entiendan si comprendes verdad, y platicar con los adultos de cosas importantes y ya no de niños chiquitos ¿y aquí te sientes parte del grupo? Yo no me siento parte del grupo, porque ellos no son mi familia y aunque vivo con ellos no me gusta estar aquí, en mi casa si me gustaba estar pero aquí no ¿ Volviendo a lo de tu escuela ¿te sientes bien cuando estas en la escuela? a veces porque luego siento que mis amigos no me comprenden o que también están muy chicos y hablan cosas de niños, y juegan que con muñecas o así y solo me junto con 2 niñas que nos entendemos y nos platicamos de varias cosas. ¿Y te gusta hacer la tarea? A veces porque luego no le entiendo o me aburre y me desespero fácilmente con la tarea ¿en alguna materia especial que no te guste? Si es matemáticas, se me hace muy difícil, luego algunas multiplicaciones y divisiones, a penas me estoy aprendiendo las

multiplicaciones tu crees y ya nada mas son las materias que no me gustan ¿ te consideras que eres torpe? No manches solo digo que no me gustan las matemáticas pero no soy torpe ¿Y como vas con tus calificaciones? ¿Para que cosas crees que eres buena? Pues me gusta cocinar, tender mi cama, y cosas así o sea que también soy lista e inteligente ¿crees que eres una niña que dice mentiras? Si a veces pero quien no ha mentido una vez, ahorita ya no miento antes si ¿ y porque crees que mentías antes? No se me gustaba y además no se daban cuenta que mentía y todo me lo creía ¿Y después te llegabas a sentir mal por haber mentido? No bueno si a veces pero ya después se me pasaba, pero ahorita ya no miento o digo menos mentiras, ¿te molesta como te comportas o como eres con la gente que te rodea? Si a veces porque pienso que a lo mejor si tienen razón ¿razón en que? En que soy muy enojona o de que estoy amargada ¿la gente adulta te ha dicho que estas amargada? No pero me dicen que me enojo mucho ¿ oye y que tal eres para hacer deporte? A mi casi no me gusta jugar al fútbol o todo eso sudo mucho y los niños que luego juegan huelen muy feo y no me gusta estar así ¿ pero luego de que juegues te puedes llegar a bañarte no? si pero para que mejor no juego y así no me ensucio la ropa, ¿ y entonces cuando vas al parque no juegas? Casi no por lo mismo me entiendes, si te entiendo ¿como te ves en 5 años o en donde te gustaría estar? En cinco años yo creo que con mi familia a lo mejor y mi tía regresa por mi y a lo mejor también a mi hermano eso es lo que mas me gustaría. Has pensado en algún momento en la muerte o suicidarte... No como crees yo todavía estoy chica y no me quiero morir todavía hasta que ya este muy viejita. Pero te tienes que tomar tu medicamento sino te morirías muy rápido.. si ya me lo tomo antes no me lo tomaba pero me dijeron que sino me lo

tomaba me podría enfermar y me iba a morir muy rápido y yo no quiero  
morirme ahorita. Bien X muchas gracias.

## CASO 5

Edad: 8 años

Escolaridad: 3 grado de primaria

Fecha de la entrevista: 18/marzo/08

P. Hola X ¿como estas?

N. Bien me va tocar pasar contigo porque siempre paso con X?.

P. Por ahora si y quiero platicar contigo.

N. ¿de que?.

P. Sobre ti, de tu familia, escuela, tus amigos que tienes y cosas así.

N. Ya te entendí., bueno mira te voy a platicar primero de mis papas, mi mama se llamaba Isabel porque ya se murió de un virus que tenia, así como yo, pero se murió porque ella no se tomaba su medicamento y a veces me pegaba, cuando se enojaba ¿ y como era tu mama? Ella era morenita, muy bonita su cabello es de color negro, tenia los ojos como yo de color café ¿ como te llevabas con tu mama? Bien ella me cuidaba mucho, y me quería mucho también a mi y a mi hermana Martha bebe ¿ella también es tu hermana? Si solo que es una bebe, pero ya camina y le entiendo mejor ¿ y se parecen? Poquito a lo mejor porque esta mas chiquita no nos parecemos ahorita pero cuando crezca si se va a parecer a mi ¿ me decías que tu mama se enojaba luego porque ? Ah pues porque yo a veces no la obedecía y la hacia enojar. ¿Y como la hacías enojar? A veces no me bañaba y se enojaba o luego no le ayudaba a limpiar la casa y también se enojaba. ¿Y ahí es cuando te pegaba? Si ¿ con que te pegaba? A veces con la chancla o con la mano ¿y tu como te sentías? Pues mal porque a veces si me pegaba fuerte, pero también era buena porque nos llevaba al parque o nos compraba cosas, ¿Cómo que cosas te compraba? Dulces o a veces cuando trabajaba mucho ropa ¿en que

trabajaba tu mama? le lavaba la ropa a una señora y yo a veces la acompañaba para ayudarla. ¿Y tú papa? Mi papa dice mi mama que se llamaba Eleuterio pero no me quería porque mi mama me decía que me pegaba mucho y que lo corrió de la casa por eso, ¿tú recuerdas algo de tu papa? No casi no yo estaba más chica, ¿y tienes mas hermanos? Dicen pero no se como se llaman y nose en donde estén ¿y te gustaría conocerlos? Si pero uy quien sabe donde estén y que tal si ellos no se acuerdan de mi ¿y te acuerdas cuando llegaste aquí? Mas o menos ya tiene mucho tiempo, cuando llegue estaba mas chiquita y de las niñas ya estaba otros niños son de los que me acuerdo que ya estaban ¿como te sentiste cuando llegaste al albergue? Mas o menos porque no conocía a nadie y algunos niños ya se hablaban ¿y quien fue la primera que te hablo? Fue X y Y me preguntaron como me llamaba y de donde venia ¿y te acuerdas de donde venias? Creo que de una casa hogar del DIF ¿y ahorita que estas un poco mas grande como te has sentido aquí en el albergue? Bien porque ya no me enfermo mucho ¿antes te enfermabas mucho? A veces me daba mucha tos o calentura pero ahorita ya me siento mejor además aquí me llevan a la escuela ¿te gusta ir a la escuela? si porque aprendo muchas cosas y mi materia favorita es español ¿te sientes bien cuando estas en la escuela? si porque ahí tengo amigas y me llevo bien con ellas somos 4 amigas se llaman Karina, Valeria, Diana y Adriana, jugamos a las atrapadas, escondidillas y me gusta estar con ellas, y luego también nos ayudamos hacer las tareas o cuando la maestra nos sienta en equipo hacemos todo juntas¿ como te sientes cuando estas con tus amigas? Bien pues no te digo que nos juntamos y jugamos ¿y te gusta hacer la tarea todos los días? Si me gusta mucho porque aprendo y me ayudan a veces las niñeras de aquí y además me gusta mucho escribir en un diario que nos dejan, ahí escribo todo

lo que he hecho en el día ¿ y que cosas haces en el día? Ah mira en la mañana me levanto temprano a las cinco y media me cambio, me desayuno preparo mis útiles o a veces los preparo en la noche y me ahorro tiempo, después ya nos llevan en camión en el metro, como ya no tenemos la camioneta, y me gusta mas ir en camión que en la camioneta ¿Por qué? No se me gusta mas caminar y ver como va la gente, pero ya de regreso si me da flojera regresarme en camión ¿Por qué? Porque ya llego cansada y a veces si nos regresamos en taxi y así ya se me hace menos cansada ¿y te gusta la comida que te dan aquí en el albergue? A veces porque alguna comida no me gusta por ejemplo las calabacitas, olla verdura, además la cocinera luego no me gusta como hace la comida, porque a veces le falta sal, pero como tengo que comer sino dicen que me pueden bajar mis defensas y me puedo enfermar, pero casi siempre me como todo aunque sea poquito pero si como bien, o luego lo que me gusta es el postre y ya con eso me lleno, y en la cena nos dan lo que nos haya quedado de la comida, pero yo ya casi no ceno porque a veces sigo llena y hasta el otro día como ¿eres buena para realizar tus tareas? Si porque entiendo rápido además llevo buenas calificaciones voy igual que X ¿Crees que tienes buena memoria? Si porque casi no se me olvidan las cosas, y siempre se lo que tengo que hacer, solo cuando a veces me siento mal, no hago las cosas. ¿Y cuando sacas bajas calificaciones te enojas? No pero si me pongo triste y les digo que ya voy a sacar buenas calificaciones ¿quisieras entender mejor algunas explicaciones de tu maestra? Si porque a veces no entiendo y luego cuando llego a la casa me explican mejor ¿que cosas de tu escuela no te gustan? No pues casi todo me gusta solo que a veces si nos dejan mucha tarea, pero nada mas ¿algunos niños te han hecho sentir que no eres buena como ellos? Si a veces como X y otros niños que luego piensan que ya porque sacan mejores

calificaciones son más inteligentes ¿y tú crees que eso sea cierto? No porque yo también soy buena y cada niño es diferente, por ejemplo yo saco buenas calificaciones en matemáticas y algunos niños les cuesta trabajo aprender matemáticas o no se saben las tablas de multiplicar y yo si me las aprendo mas rápido y para que no me digan nada así les digo y ya no me dicen nada ¿te preocupas por caerle bien a otros niños? No siempre porque me junto nada mas con mis amigas y no me importa que no les caiga ¿quisieras ser de alto como algunos de tus compañeros? Eso si porque luego no alcanzo en el refrigerador la gelatina o así pero luego digo a lo mejor cuando empiece a crecer ya podré alcanzar algunas cosas.¿ estas contenta con el trabajo que haces en la escuela? si porque le echo muchas ganas y me siento contenta con mi escuela. Bien, ¿crees que eres una niña importante? No se a lo mejor para mis amigas si ¿y para los que estas aquí en el albergue? Para algunos por ejemplo Chelita, Alfredo a o para Nancy, que son los que mas se preocupan por mi se preocupan por mi y ven que me tome mi medicamento que tenga ropa o que haga bien mi tarea y que no me falte nada, por eso los quiero mucho a ellos ¿te gusta como te ves? No me considero una niña fea y luego mi cuerpo tampoco no me gusta mucho ¿Por qué no te gusta tu cuerpo? No se siento que esta feo ¿te gustaría ser otra niña o persona? Si ¿Cómo quien te gustaría ser? A lo mejor tener la cara de carolina o Nancy que son muy guapas o como Regina que son bonitas ¿te han dicho las personas que eres fea? No pero yo me siento fea y a veces eso hace que no tenga ganas de hacer nada ¿ te pones triste? Si a veces porque siento que no me quieren porque estoy fea, luego por eso no me peino o me arreglo así como otros niños ¿ tu crees que soy fea? Yo pienso que no y que cada niño tiene algo que los hace especiales ¿no crees? Si como por ejemplo que yo sea buena para las

matemáticas o el memorama y hay niños que no lo son verdad, ¿entonces sacas buenas calificaciones? Si yo y X sacamos buenas calificaciones y a veces solo saco bajas calificaciones cuando me enfermo o no me dan ganas de hacer nada cuando me enfermo, o cuando estoy triste, ¿te sientes mal por la manera en como te ves? Si a veces, pero ya después se me olvida y me pongo feliz ¿te gusta como te comportas cuando vienen visitas o van alguna parte? Si porque me porto bien y obedezco a todos y a veces también por eso me felicitan o me traen cosas ¿como que cosas te traen? Ropa o juguetes, ¿ya me dijiste que en tu escuela juegas y aquí en la casa con que juegas? Me gusta mucho jugar con las barbies, a la comidita o al papa y a la mama o cuando vamos al parque me gusta mucho subirme a la resbaladilla o a las escondidillas y me gusta mucho correr ¿y haces trampa cuando quieres ganar un juego? No no me gusta cuando pierdo digo a pues ya que importa es solo un juego, ¿y te enojas cuando pierdes? No antes si y luego hasta lloraba pero ahora ya no porque solo es un juego y a lo mejor cuando vuelva a jugar si pueda ganar, ¿Te es fácil hacer amigos cuando salen a jugar al parque ? no yo casi no les hablo a otros niños cuando salimos ¿Por qué? No se nada mas me junto con mis compañeros con los que vivo en el albergue ¿les dejan hablar con otros niños? Si pero no me gusta ¿te enojas cuando no te dejan hacer algo que tu quieres? A veces, pero casi siempre me dejan hacer lo que me gusta ¿ como que cosas te gusta hacer? Como leer un cuento, dibujar o colorear los cuentos que luego nos prestan, ¿ te gusta dibujar? Si dibujo casas, nubes y luego las coloreo, la plastilina también me gusta hacer cosas como animales, los tiburones me gustan y los delfines porque se ven muy bonitos.¿los has visto alguna vez? Si en la televisión y en algunos libros ¿por todo lo quehacer has de tener mucha energía? Si nada mas que a veces si me canso cuando regreso de la escuela o

me da sueño, porque a veces no duermo bien nos levantan muy temprano y luego voy con un poco de sueño, o a veces el medicamento que me dan hace que tenga mucho sueño ¿Cómo crees que se sientan aquí de tenerte en el albergue? Yo creo que bien porque soy una buena niña y me porto bien, ¿te sientes sola? No porque aquí hay mucha gente que me quiere mucho y yo también los quiero mucho, ¿como te has sentido desde que mama Lupita se fue? Al principio un poco triste porque ya nos habíamos acostumbrados y nos quería mucho ¿Cómo te trataba Lupita? Bien nos consentía mucho y luego nos acompañaba a pedir calaverita en día de muertos, pero sus hijas siguen viniendo los fines de semana y luego nos manda saludos y también nosotras le mandamos saludos a ver si viene a visitarnos ¿y las nuevas niñeras como te tratan? Bien son muy buenas nos tienen paciencia y nos ayudan también a hacer las tareas, y nos llevan a comprar la leche y las cosas que luego hacen falta , ¿y realizas aquí que hacer? Si luego nos toca doblar ropa y ayudar a la cocina, me gusta lavar los trastes y tener mi cuarto bien recogido ¿eres una niña ordenada? Si y también los útiles los cuido mucho ¿y en las noches discutes antes de irte a dormir? No porque me llevo bien con las niñeras y las enfermeras ¿alguna vez te has sentido sola? Si porque no me acostumbraba a estar aquí y sentía que nadie me quería, hasta que me fueron hablando y fui haciendo muchos amigos aquí ¿con quien te llevas mejor de tus compañeros? Con X porque luego me pongo a recortar o dibujar o jugamos con las muñecas y también con Alondra ¿y de los niños? Con X y Y son muy buenos y luego cuando vamos al parque nos juntamos y nos divertimos mucho, ¿tu crees que eres una buena niña? Si aunque a veces también no siempre me porto muy bien pero no soy tan mala y también trato de portarme bien. ¿Crees que todo sea tu culpa? No todo siempre es mi culpa, porque luego yo no hago nada y

me tengo que defender antes si me echaba la culpa pero me enseñaron a que no todo lo que pasa es mi culpa. Ya me dijiste que te gusta ir a la escuela porque aprendes mucho ¿y que te gustaría estudiar cuando estés mas grande? Todavía no se bien porque me gustaría ser doctora para poder curar a mucha gente y no se enferme y mas a los niños que luego les da muchas enfermedades, o también los que curan a los animalitos porque luego sufren mucho, o cuando atropellan a los perros en las calles por culpa de los carros y por eso me gustaría estudiar eso. ¿Te gustaría que cuando estés mas grande te adoptaran? Si me gustaría mucho ¿porque? Así ya tendría mi propio cuarto y me cuidarían un poco mas y tendría mis propios hermanos aunque sean de distintos papas y mamas así como le hicieron a X que se fue y esta bien y luego viene a visitarnos y nos dice que esta bien, ¿o sea que te gustaría tener tu propia familia? Si y también me llevaría a mi hermana para que no se quede sola y además a ellos si los obedecería en todo y seria una mejor niña. Bien ¿oye y el virus como te hace sentir? A veces me duele el estomago o me dan ganas de vomitar, en lo que se acostumbra mi cuerpo al medicamento, pero ya después se me pasa o también cuando corro mucho me duele, ¿el virus te hace ser una niña diferente? Si porque a veces los niños la gente no nos quiere porque piensan que les vamos a pasar el virus y eso no es cierto porque así no se pasa, si yo te abrazo no te pasa nada y mucha gente no sabe ¿o sea que algunos de tus compañeros de tu escuela no saben que tienes el virus? No porque sino a lo mejor ya no me hablarían o jugarían conmigo, y mejor no les digo nada, además si me tomo mi medicamento yo voy a estar bien y no me va a pasar nada, bien ¿has pensado alguna vez en matarte? No yo no pienso todavía en morirme, porque estoy muy chica y me gustaría todavía vivir muchos años y seguir estudiando y que me adoptaran y tener una familia te

da miedo pensar en la muerte.. si un poquito porque no me gustaría morirme todavía hasta que me adoptaran. Y lo que mas te da miedo... no no me da miedo nada soy una niña muy valiente soy una de las niñas mas valientes que me gusta subir a los juegos... ¿Que es lo que te molesta de algunos de tus compañeros de aquí o que te hagan enojar? Lo que mas me hace enojar es que me griten y agarren mis cosas, porque se supone que cada uno tiene sus propias cosas y a veces no las respetan ¿como que cosas te agarran? Mis útiles escolares, luego no llevo goma porque me la saco X u otra niña y nada mas, me pongo triste cuando me dicen cuando me regañan o a veces cuando no saco buenas calificaciones pero nada más. ¿Ya podemos jugar? Si esta bien gracias.

Se muestra cooperativa para la realización de la entrevista, en ocasiones se muestra ansiosa, mordiéndose las manos en especial cuando hace referencia a su familia