

01921
176



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA DEPRESION EN NIÑOS HUERFANOS DE UNA
COMUNIDAD MARGINADA EN EL ESTADO DE HIDALGO.
(ESTUDIO DE CASOS)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:

REINA MARIA AGUSTINA OLGUIN PEREZ

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. PATRICIA DE BUEN RODRIGUEZ

ASESORA METODOLOGICA:

LIC. MAICOTERESA GUTIERREZ ALANIS

MEXICO, D.F. FEBRERO, 2003

A

43



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.

A: Ing. Marco Antonio Ramírez Obregón:
Con todo el amor de que soy capaz.
Te doy las gracias,
Por toda la paciencia que mostraste,
La insistencia y el interés en que yo concluyera este trabajo,
por ese apoyo incondicional.

A: Carla, Marco y Pedro;
Por ser tan importantes en mi vida

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	3
1 CAPÍTULO I: FUNCIÓN PSICOLÓGICA DE LA FAMILIA	7
1.1 FUNCIÓN DE LOS PADRES	9
1.2 FUNCIÓN DEL PADRE	10
1.3 FUNCIÓN DE LA MADRE	13
1.4 FUNCIÓN DE LOS HERMANOS	16
2 CAPÍTULO II: PROCESOS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO HUÉRFANO	19
2.1 AUTOESTIMA	21
2.2 AUTOCONCEPTO	23
3 CAPÍTULO III: DEPRESIÓN INFANTIL	
3.1 DIFERENTES ENFOQUES DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	27
3.2 SÍNTOMAS	37
3.3 CAUSAS	40
3.4 TRATAMIENTO	41
3.5 GRUPOS DE RIESGO	44
4 CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	46
4.1 METODOLOGÍA	46
4.1 OBJETIVO	46
4.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	47
4.3 TIPO DE ESTUDIO	47
4.4 PROCEDIMIENTO	48
4.5 RESULTADOS	49
5 CAPÍTULO V: ESTUDIO DE CASOS	52
5.1 CELINA	54
5.2 BENJA	58
5.3 ANDY	61
5.4 GEORGINA	64
5.5 REMY	68
5.6 YOMIRA	70
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUCCIÓN

En una comunidad marginada, en el Estado de Hidalgo, viven unos niños y niñas huérfanos de padre y madre, de entre 3 y 14 años de edad, que tienen lazos consanguíneos y se han organizado para vivir solos. No saben leer, no asisten a la escuela y no tienen hábitos de higiene. Los mayores cuidan de los más pequeños y viven de la caridad de los vecinos.

Para ubicar a los niños y niñas huérfanos en su medio social, veamos qué se dice acerca del concepto de comunidad marginada: Rappaport (1977), (en Gómez, (1999), cita las definiciones de comunidad que aparecen en el diccionario Random House de la Lengua Inglesa: "comunidad, un grupo social de cualquier tamaño cuyos miembros residen en una comunidad específica, comparten su gobierno y poseen una herencia cultural e histórica común. Un grupo social que comparte características e intereses y que es percibido o se percibe a sí mismo como distinto en algunos aspectos de la sociedad mayor dentro de la cual existe. La comunidad financiera, la comunidad académica, Un conglomerado de poblaciones vegetales o animales que ocupan un área determinada., posesión conjunta., propiedad mancomunada., Intereses similares".

Los niños que habitan en zonas marginadas y provienen de clases sociales de escasos recursos, además de las privaciones económicas que tienen, existen variables de índole psico-social que perjudican su adaptación al sistema escolar básico. No tienen acceso a una alimentación adecuada a sus necesidades de desarrollo, habitan en condiciones higiénicas precarias, no pueden costear los gastos que implican la escolaridad y requieren del trabajo de los niños a temprana edad. Casillas (1981).

Estas situaciones de desventaja en el aspecto económico incide negativamente en la adaptación de ciertas conductas y/o actitudes que podrían constituir un importante estímulo para el aprendizaje y aprovechamiento escolar.

Este hecho genera aún mayores desigualdades en perjuicio de los sectores de la población más empobrecidos. En estas condiciones, el niño perteneciente a estos sectores, sufre un rezago educativo cuyas consecuencias a largo plazo serán un serio obstáculo para su integración a la sociedad. Casillas, (1981)

Toda mente madura y avanzada intelectualmente pudo bien haber sido más madura o avanzada si su familia, su escuela o su sociedad le hubiera dado una oportunidad de crecer hasta su tamaño más completo, intelectualmente hablando. Y en vez de decir de algún joven que no es capaz de aprender, deberíamos humanamente decir que la suma total de circunstancias a las que ha debido enfrentarse, manifestadas en un tipo de experiencia educacional que no supo adaptarse a sus necesidades, le impidieron el desarrollo de sus facultades que bien pueden permanecer desconocidas. Bay, Christian, 1966 (citado en Ibarrola, 1970).

Algunos prejuicios acerca de la marginación.

Los puntos de vista tradicionales sostienen que los indigentes son los principales responsables de su condición, que con frecuencia se atribuye a la indolencia, a la apatía, al alcoholismo o a la pasividad. En el otro extremo, el paternalismo considera al marginado como una persona desvalida, desamparada y carente de recursos que debe ser ayudada incondicionalmente por aquellos que se encuentran en mejores condiciones. En ambas posturas se plantea una relación de desigualdad; la responsabilidad es igualmente vista como algo extremo. Según este planteamiento, los grandes problemas sociales tienden a institucionalizarse, se consideran inevitables, y fundamentalmente se deben a características propias de la población afectada. Esta actitud se refleja en expresiones como "los pobres son pobres porque no quieren trabajar", los marginados son manipuladores, y si pueden utilizan los programas únicamente para tener beneficios personales, por tanto deben ser tratados con firmeza y desconfianza, cualquier método de intervención debe basarse en la consistencia y la dureza, más que en actitudes bondadosas, "los marginados son incapaces de manejar el poder, la libertad y la responsabilidad, por lo cual el control de los programas debe estar en manos de los profesionales". Gómez, (1999). El desarrollo del lenguaje guarda una estrecha correlación con el desarrollo intelectual. La limitación de oportunidades para el desarrollo verbal ejerce una influencia depresiva en la capacidad para resolver pruebas aún de capacidad mental general.

En este sentido el hijo único tiene un desarrollo mental más amplio que el niño de orfanato, debido a la mayor oportunidad de contacto con los adultos. Nisbet, John (citado en Ibarrola, 1970).

Los niños de nuestro estudio, son huérfanos, pero no viven en un orfanato y aunque tienen contacto con los adultos que les rodean, éstos pertenecen a una clase social muy baja.

Desde el punto de vista de la Psicología, la importancia de investigar un tema como es la depresión en niños huérfanos en situación de pobreza extrema, consiste en abordar este tema que hasta ahora ha sido poco estudiado y que además conjunta la problemática individual con social.

En el presente trabajo se trata de establecer si estos niños en particular presentan depresión; y de acuerdo a las entrevistas preliminares y al seguimiento de su historia de vida, contestar la pregunta: ¿Cómo repercute en la vida de estos niños la muerte de sus padres?

En el aspecto teórico, se han realizado varios estudios para tratar de esclarecer el cuadro clínico de la depresión infantil, los cuales mencionaremos, ya que hasta el momento no existe una clasificación o cuadro clínico específico para estas poblaciones, sin embargo diversos autores ya mencionan la depresión Infantil.

De acuerdo con Pereira (1978), en(Mussen 1984); el tipo de ambiente natural, material y social en el que el niño nace y crece, adquiere enorme importancia, ya que constituye la fuente de estímulos y experiencias que determinarán un desarrollo normal o desviado. Por una parte el niño que se desarrolla en un ambiente familiar en el cual el papel de los padres es la clave para la socialización. La influencia y el afecto que ellos transmiten a sus hijos, determinará una manera de comportarse, de decir, de ser, lo que en definitiva irá formando su personalidad.

Al estudiar este caso, es importante considerar los procesos psicológicos que dan lugar, tal como lo refiere Calderón (1988), la pérdida de un ser querido, puede originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que llamaremos duelo y se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada. El duelo incluye tres períodos: desesperación, depresión y adaptación.

Desesperación: estado de choque emocional con pérdida del apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y agravación de enfermedades preexistentes.

El período depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz.

El período de adaptación comienza cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos.

W. Walcher, Austria 1969; (citado en Calderón 1998), considera que la depresión puede presentarse en niños, aun cuando frecuentemente no es reconocida como tal. El cuadro clínico puede manifestarse en la

dificultad para realizar tareas escolares, lo que con frecuencia se interpreta como pereza, o bien un cierto grado de descuido e indiferencia o tristeza. Como sucede con estos niños.

René Spitz 1974,(citado en Calderón 1998), describió el hospitalismo en niños que son ubicados en un ambiente desprovisto de estimulación materna adecuada, y la depresión anaclítica en pequeños que durante su infancia no reciben atención materna normal.

Gutiérrez Alaniz (México, 1992), en términos generales se puede decir que la sintomatología esencial de la depresión es la misma para adultos, adolescentes y niños; pero las diferencias se encuentran en los síntomas asociados, los que a su vez cambian según la edad y grado del desarrollo del niño.

El DSM-1V (Barcelona 2001) describe los síntomas del episodio depresivo mayor, de la misma manera para niños, adolescentes y adultos; notando que el estado de ánimo en los niños y adolescentes puede ser irritable y en los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

La problemática planteada para este trabajo se resume en parte de un trabajo directo con los niños, en las siguientes preguntas:

¿Presentan depresión los niños y niñas que se han quedado huérfanos de padre y madre a temprana edad y viven solos en situación de pobreza extrema dentro de una comunidad marginada en el Estado de Hidalgo.?

¿Cómo repercute en la vida de estos niños la muerte de sus padres?

Por tal motivo se procederá a investigar qué sucede con estos niños en particular, para efectuar un diagnóstico y proponer un tratamiento adecuado.

Para la realización de este trabajo se utilizaron técnicas psicológicas, como son: Entrevista personal, se aplicó el "Cuestionario de Depresión para Niños" de Lang y Tisher versión Española. CDS.

Se consideraron aspectos tales como: El niño huérfano, la función psicológica de la familia, se revisó autoestima y autoconcepto, así como los diferentes enfoques de la depresión.

Las historias de casos que aquí se presentan son verdaderas. Se han cambiado los nombres de los niños para proteger su identidad.

"Todo ser humano empieza su vida en un estado de desamparo, de modo que debe cuidársele, protegersele y dársele seguridad"

E. Fromm.

CAPITULO PRIMERO

FUNCIÓN PSICOLÓGICA DE LA FAMILIA

Para comprender al niño y niña huérfanos, primero se revisará la importancia de la función de la familia considerando a cada una de sus partes. Tomando en cuenta que los niños a quienes nos referimos no tienen papás.

El ser humano, por su intenso desvalimiento al nacer, precisa atenciones y cuidados. La familia es el núcleo que recibirá o no a la cría humana, a ese cacho de carne; es ella la que con las múltiples historias que la conforman, le dará a ese ser un nombre y un lugar junto a ese nombre, que lo deja atrapado ya en el universo fantasmático.

Piera Aulagnier (1991) (Fabre y del Rivero 1997)

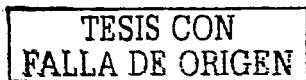
La historia nos habla que en el universo romano, por ejemplo, aquellos hijos que no eran deseados eran "expuestos", esto es, susceptibles de ser abandonados y aún muertos, si por deformaciones físicas o por el hecho de existir ya un testamento, no tenían lugar en esa familia.

Aún en la actualidad el número de niños abandonados muestra la indefensión humana y cómo mucha de la suerte está echada antes siquiera de existir.

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

Según de Oxford Dictionary, 1545 (Fabre 1979), el concepto se refería a un cuerpo de personas que vivían en una casa o bajo un mismo jefe, incluyendo parientes, niños, sirvientes, etc. En 1583 familia era la descendencia de un antecesor común; un linaje, una raza, una casa.

Para 1667 se utilizaba para designar a un grupo constituido por parientes y sus niños, sea que vivieran juntos o no, conectados por la sangre o por afinidad. En 1808 se designaba así a los sirvientes de una casa. Luego entonces familia puede referirse a: Un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas.



Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

Cuerpo de una orden o religión, o parte considerable de ella.

Parentela inmediata de uno.

Prole.

Conjunto de individuos que tienen una condición en común.

Grupo numeroso de personas.

Actualmente se establece una diferenciación entre familia nuclear y familia extensa. La primera se refiere a una "pareja de adultos" que funcionan como pareja y padres que se complementan con un número variable de hijos de diferente edad y sexo. Es importante considerarla como un grupo primario que va a influir en el desarrollo y personalidad del sujeto, de acuerdo con la interacción que se da entre los miembros que la forman. "La familia extensa se refiere a los grupos familiares que incluyen a los abuelos, tíos, yernos, nueras, etc., algunos o todos que cohabitan bajo un mismo techo". Bochert, 1973 (Fabre 1997).

La familia es donde el individuo aprende lo humano. El recién nacido debe ser alimentado y protegido durante años. Al mismo tiempo se le van enseñando todas las acciones para sobrevivir autónomamente y para ser aceptado dentro del grupo, por lo tanto la familia es el lugar donde se crean las personas, los adultos son los encargados de formar seres humanos, Satir, 1972 (citado en González Martínez. 1999)

Se considera que mediante la convivencia cotidiana, el hecho de irse a acostar y despertarse en compañía, comer juntos y compartir las distintas actividades del diario vivir, va formando ese sentido de pertenencia y seguridad a lo que llamamos familia. Ningún ser humano puede vivir su vida solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos.

Sin embargo quienes por diversos motivos no tuvieron la posibilidad de desarrollarse junto a sus padres, corren un riesgo mayor de sufrir un impedimento para la adquisición de los aprendizajes ulteriores, los cuales necesitan de la aptitud no adquirida. En consecuencia, cuanto mayor es el número de detenciones en el desarrollo, más severa será la inadaptación y la repetición de conductas destructivas, (González Martínez 1999).

La identidad psicológica de la pareja matrimonial forma al niño, pero el niño también conforma según sus necesidades a la pareja paterna. Lo que provee el estímulo para la adecuada receptividad de nuevas experiencias y fomenta la iniciativa individual, es la interacción de los miembros de la familia en roles de relación recíproca. (Satir, 1991).

1.1 FUNCION DE LOS PADRES

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

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

Las expectativas de los padres son comprender las diferentes necesidades durante el desarrollo de los niños y poder explicarles las reglas que ellos imponen. (Minuchin, 1983), en el caso de los niños de nuestra comunidad marginada, carecen de padres que les puedan explicar cualquier cosa.

Los padres no pueden proteger y guiar sin que al mismo tiempo controlen y restrinjan. Los niños no pueden crecer e individualizarse sin rechazar y atacar. (Minuchin, 1983).

En las familias normales o funcionales (V. Satir, 1991) se permite la expresión libre de sentimientos tanto positivos como negativos, los miembros expresan la ternura y el amor ya que como cada uno se ama a sí mismo se siente capaz de satisfacer las necesidades afectivas de los otros y siente merecer ser amado. Cuando expresan la cólera libremente tienen la convicción de que nadie será destruido por un pleito temporal, y en los periodos de depresión lloran juntos y se reconfortan mutuamente.

Un exceso de frustración, dolor y odio pueden provocar un serio perjuicio para un desarrollo saludable. Sin embargo, es esencial para el desarrollo emocional experimentar cierta desilusión, desarrollar tolerancia a la frustración y aceptar resultados que no colmen completamente lo esperado. Sin esto no habría un estímulo suficiente para nuevas experiencias y nuevas conquistas.

La forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es de la mayor significación para determinar el clima

emocional de la familia. Cuando los padres se aman, el hijo los ama a los dos; cuando los hijos se odian, el niño está compelido a ponerse del lado de uno y en contra del otro. (Satir, 1991).

La configuración familiar hace referencia a la demografía de una familia. Familia "tradicional", nuclear, compuesta por dos padres; es familia de un solo padre o mixta. Quizás se trate de una familia extensa con miembros de una o dos familias que vivían originalmente juntos en una casa o que jugaban, un papel muy activo en el día a día de la vida familiar. Quizás la pareja sea gay o lesbiana.

Las distintas configuraciones familiares efectúan demandas funcionales diferentes sobre los miembros de la familia. Así una estructura familiar que podría ser adaptativa para un determinado tipo de familia, pudiera ser desadaptativa para otro. Un alto grado de proximidad entre madre e hijo que podría ser disfuncional en una familia con dos padres, lo que resultaría en una marginación del padre, podría ser considerado perfectamente normal y funcional en una familia mixta en la cual madre e hija comparten una historia que antecede a la relación de la madre y su nuevo esposo. La conducta del abuelo podría verse como socavadora de la autoridad paterna en una familia nuclear de dos padres, pero podría ser perfectamente necesaria y útil en una familia de un solo padre o en un sistema familiar extenso.

El concepto de evolución familiar se basa en el hecho de que las culturas invariablemente prescriben conductas distintas para los individuos en diferentes etapas del ciclo vital.

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

Existen diversas combinaciones y funciones para cada uno de los miembros de la familia, a continuación se desglosan las del padre, la madre y los hermanos.

1.2 FUNCION DEL PADRE

Al asignar ciertos trabajos a los hombres fuera de la casa, la sociedad determina en parte la división de trabajo interno de la familia. Tradicionalmente, en nuestra cultura, el padre es el que se ausenta de la casa para proveer el sustento material, debido a ello, se siente con el poder de la autoridad, y vive con el derecho a exigir que se le obedezca, se le sirva y se le atienda, adoptando una conducta autoritaria y demandante cuando está con la familia. Ackerman, (Citado en Díaz, 1974).

Para poder cumplir con la tarea, la madre a su vez tiene que estar en un ambiente que la sostenga a ella. Es el padre quien permite a la madre dedicarse en cuerpo y alma a esta función al cubrir sus necesidades, al apoyarla efectivamente, y es también él quien pondrá los límites a esta relación, permitiendo así el desarrollo de un nuevo sujeto autónomo. (Boom, 1989).

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

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

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

La función rescatadora del padre es asimilar las cargas agresivas sexuales y eróticas que la madre desplaza hacia el hijo varón al prohibirle que la relación simbólico-feminizante impida la integración de la Identidad masculina. A esta función del padre se le podría llamar "función de parto de identidad". Mahler, 1971, Kuri, 1998, González Núñez, 1996; (citado en González Martínez, 1999).

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

El proceso paternal difiere dependiendo de la edad se los niños. Cuando los niños son muy pequeños, predominan las funciones de nutrición. El

control y la guía asume importancia más tarde. Cuando el niño madura, especialmente en la adolescencia, las demandas hechas por los padres comienzan a conflictuar las demandas de los niños, quienes luchan por lograr autonomía. (Minuchin, 1983).

Los padres son la agencia psíquica de la sociedad, representando la estructura social, a través de su estructura de carácter y métodos de educación. Es en esta forma que el niño entra en contacto de manera indirecta con el medio social, conociendo la clase de autoridad que prevalece en una sociedad patriarcal, la cual tiende a dañar su espontaneidad, su voluntad y bloquea constantemente su independencia. "Pero como el hombre no nace para ser destruido, el niño lucha en contra de la autoridad representada por sus padres, él lucha no sólo por su libertad de la interferencia, sino también por su libertad para ser él un ser humano completo y no un autómata" Fromm, E. (1981). En un principio, la posición del niño es totalmente receptiva esperando ser más amado que expresarlo, responde con gratitud y alegría al amor que se le brinda. Entre los 8 y 10 años de edad comienza a variar su relación con el mundo apareciendo un nuevo sentimiento de producir amor a través de la propia actividad. Es cuando el niño piensa en dar algo a sus progenitores, un producir algo para ellos, lo que expresa a través de un poema, un dibujo o cualquier otra actividad; aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas. Comienza así la etapa del propio reconocimiento como un ser independiente y productivo. Lucha por su propia libertad. Algunos niños tienen más éxito que otros, la mayoría de ellos son vencidos en alguna medida.

En una familia sin padre, por divorcio, abandono, alcoholismo o drogadicción, muerte o cualquiera que sea la causa, estaría dejando sin la imagen de una familia completa a los hijos y en el futuro, esos niños tendrán la difícil tarea de ser buenos padres por no haber tenido una adecuada experiencia paterna. González, (1999). Y no solo eso, existe literatura en la que se considera la falta de imagen paterna como generadora de patologías como lo analizaremos en los siguientes capítulos.

"Madre, cuando yo llegué, tú te ibas, y deseaba un beso, una caricia..."

Pablo Neruda.

1.3 FUNCION DE LA MADRE

Los niños y niñas, tema de este estudio, perdieron a su mamá cuando eran pequeños, por tal motivo y para comprender mejor su conducta, analizaremos la función de la madre.

En las familias latinas, de las mujeres se espera que sean sumisas y de los hombres que protejan a sus mujeres. De una madre se espera que sea muy autosacrificada y devota, sobre todo por los niños. La relación de la pareja con sus hijos puede perfectamente llegar a considerarse más importante que la relación de esta pareja entre sí; de hecho el otro miembro de la pareja puede tener muy poca libertad para las funciones paternas. (Minuchin, 1998).

En casi todas las especies humanas, incluyendo al hombre, las madres son las encargadas de alimentar y cuidar a sus crías. Además son las intérpretes y traductoras de los sentimientos y conductas de sus hijos. La madre aprende a codificar el lenguaje pre-verbal de sus pequeños. Por asociación, hablar de infancia implica hablar de la madre, porque la función de la madre es cuidar a los hijos en los primeros años de vida. González Núñez, 1996; (citado en González M. 1999).

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

Adler (citado en Cofer 1976) puso énfasis en que la inferioridad orgánica era fuente de una lucha compensatoria y que los motivos de agresión y poder eran importantes componentes de la vida motivacional del hombre.

Los sentimientos de inferioridad, no limitados a los surgidos de deficiencias orgánicas, continúan figurando en forma prominente en el sistema, pues el niño es inferior, físicamente y en cualquier otra forma,

ante muchas, si no todas las personas que lo rodean. Sin embargo un ambiente social cariñoso, confiable, especialmente el proporcionado por la madre, podría canalizar la lucha surgida de los sentimientos de inferioridad hacia un trabajo constructivo que lleve a la perfección, un canal orientado a los intereses y bienestar de otros, así como de uno mismo, más bien que una compensación mediante la lucha por dominar y ser superior a otros. Se diría que estas ideas significan que si se logra muy temprano en la vida un sentimiento suficiente de valer personal, entonces el interés social natural del individuo podrá expresarse en sus relaciones con los otros.

González, (1996), (citado en González M. 1999). El apego es la unión mediante un lazo invisible, intangible, pero existente entre madre e hijo en un principio, con el padre después, ese lazo se va fortaleciendo día a día y parece tener efectos que perduran durante toda la vida.

Se considera sano que un niño experimente una relación íntima, afectuosa y continua con su madre (o sustituto), pues se espera que en dicha relación ambos encuentren gozo y satisfacción "apego".

El apego depende de la sensibilidad de la madre, que permite al niño formarse una expectativa de ella como una persona generalmente accesible y que responde a sus demandas.

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

Bakwin 1942 (citado en Boom 1989), Establece los síntomas que presentan los niños menores de seis meses que son internados por algún tiempo en una institución, entre los cuales destaca: la falta de expresividad ante estímulos como la sonrisa o el arrullo, inapetencia e insomnio.

Identifica como el factor causal determinante de estos trastornos la ausencia de la madre y sus cuidados, basándose en el reestablecimiento asombroso que se da en estos niños si la madre regresa.

Cuando la separación se da entre los siete y los once meses, la sintomatología es todavía más evidente, haciéndose palpable un creciente retraso en el desarrollo de las vocalizaciones, el lenguaje y la conducta motora. Spitz, 1965 (Boom 1989).

Algunos autores han estudiado el proceso que atraviesa el niño un poco mayor de 2 a 4 años ante la separación Robertson 1953, (Boom 1989) caracteriza tres fases:

Protesta: se evidencia por el llanto continuo, la angustia por la pérdida de la madre y los continuos esfuerzos para recapturarla haciendo uso de los pocos recursos con los que cuenta el infante.

Desesperación: en donde aumenta la desesperanza, el aislamiento, disminuyen los esfuerzos por recuperar a la madre.

Desapego: el niño acepta el cuidado del sustituto, sin embargo es palpable una marcada pérdida de apego, incluso a la madre si ésta regresa.

Los niños que se han separado después de haber experimentado una relación más personal con la madre, 3 años; Bowlby (1954) (en Boom, 1989) desarrollan una conducta posesiva si se presenta la oportunidad de una madre sustituta, como tratando de evitar el peligro de una nueva separación.

De esta manera, puede hablarse de un cuadro definido de sintomatología, que presenta variantes según el momento en que se presenta la pérdida, pero que es siempre identificable.

De acuerdo con Bowlby 1954 (en Boom 1989), la separación de la madre y la falta de cuidados maternos no son sinónimos, ya que puede haber separación sin carencia. La separación genera carencia cuando el niño después de la separación, es colocado en un medio donde no encuentra un adecuado sustituto materno. Si a la separación se añade además la carencia de cuidados maternos, la situación se vuelve aún más grave.

La pérdida de la madre durante los primeros años se cuenta como un importante antecedente en un número significativo de desórdenes psiquiátricos y aparece aún con más frecuencia en aquellos pacientes con desórdenes depresivos. Boom, (1989).

Los niños que sufren depresión anaclítica son aquellos que pierden a la madre precisamente en el momento en que empiezan a poder responsabilizarse de sus impulsos. Boom,(1989).

1.4 FUNCION DE LOS HERMANOS

Cuando el niño mexicano se hace hombre, tan solo encuentra seguridad repitiendo la conducta de su padre, en relación con su esposa e hijos, y agrediendo todo aquello que simbolice su interacción primitiva en relación a su progenitor. Hunt, (1966), (citado en Díaz, 1974).

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

Los hermanos comparten las mismas raíces, que emergen de la misma fuente de valores, discuten más objetivamente entre sí que con sus propios padres y más cándidamente que cualquier persona que se pueda conocer Papalia, 1981; (citado en González M. 1999).

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

En las familias grandes este subsistema tiene una división muy marcada, para los hermanos pequeños se dejan las transacciones en áreas de seguridad, alimentación y guía dentro de la familia; a diferencia de los hermanos mayores, quienes hacen contacto y contrato con el mundo extrafamiliar. (Minuchin, 1983).

Los hermanos son importante aspecto de la dinámica y sostén de la familia. Los hijos mayores hacen las veces de niñas.

La solidaridad fraternal constituye un gran apoyo para los niños cuyos padres han muerto, o para aquellos que se encuentran a cargo de parientes o son adoptados durante la latencia. Tal es el caso de nuestros niños en estudio, han estrechado sus lazos fraternos y se tienen y aman entre ellos.

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

En familias desorganizadas, los hermanos desempeñan muchos papeles unos para otros. Proporcionan estimación propia y ayudan en el crucial desarrollo de la identidad. Pueden formar un grupo defensivo contra extraños y ser tanto socializadores como intérpretes del mundo exterior, también ejercen presión uno sobre otro, para adaptarse a la familia o a las normas de la comunidad. Lo mismo si guardan secretos que si los comunican entre sí, están comprometidos en la dinámica familiar. La pérdida de uno de ellos, ya sea por accidente o muerte o porque vaya a un lugar de adopción crea muchos problemas a los demás. F. Lieberman (1987).

La estructura de la comunidad de hermanos puede depender del rango y del sexo de los niños. Schachter (1959)(Ajuriaguerra, 1983), tomó en consideración el rango familiar, éste desempeña un papel para los hermanos y hermanas. El niño reacciona diferente frente al nacimiento del primer hermano que al de los siguientes. La situación del primogénito no es cómoda; hijo único al principio y beneficiario exclusivo del afecto de los padres, debe compartirlo más tarde con el segundo y adoptar además para éste recién llegado una actitud cariñosa.

El sexo en función de las características psicológicas que le son inherentes, desempeña un papel en la relación fraterna.

C:P: Obendorf, (Ajuriaguerra, 1983), estima que la situación edípiana refuerza el antagonismo entre hermanos del mismo sexo y lo atenúa entre los del sexo opuesto. Lebovici, (Ajuriaguerra) existe una relación indudable entre el complejo de Caín y el complejo de Edipo, ambos nacidos del deseo de posesión exclusiva de la madre, "las envidias entre hermanos, son frecuentemente la proyección sobre el plano filial de sentimientos edípicos desplazados.

El hijo único, según Krevelen, (Ajuriaguerra, 1983), "Resulta un ser débil, insuficientemente dotado para enfrentarse con un mundo hostil, en su lucha por la vida, es un lamentable combatiente". Según Kanner, aunque ser hijo único no constituya en sí una enfermedad, todo mundo reconoce que este tipo de niño tiene problemas particulares; el hijo único es frágil, caprichoso, tímido, tiránico con los suyos, indolente; tiene dificultades de adaptación con sus compañeros y, para integrarse en un grupo, reacciona frecuentemente bajo el aspecto de desconcierto. O de rebeldía. No por tener contactos más que con adultos, el hijo único utiliza un vocabulario demasiado rico y se adueña de ideas que no encajan con su edad, se le reconoce a menudo un carácter posesivo; el de tener un nivel intelectual superior al normal.

El hijo ilegítimo.

Se piensa que es la madre soltera quien abandona más frecuentemente a su hijo, bien por vergüenza social, por deseo de libertad o pensando en rehacer su vida en mejores condiciones. Los hijos ilegítimos no son siempre el fruto de amores pasajeros, de un progenitor verdaderamente desconocido. Antes de abandonar al hijo, la joven madre soltera se ha visto ella misma abandonada no sólo por su compañero- que a veces lo ha hecho por mucho tiempo- sino, sobre todo, por el padre del hijo que va a nacer, que rechaza la paternidad. En estos casos el niño queda abandonado tanto por el padre como por la madre; el hecho de desentenderse antes de su nacimiento, no disminuye su responsabilidad. Las estadísticas que nos dicen que son las madres solteras quienes con más frecuencia abandonan a sus hijos, son

erróneas. Sería más exacto decir que el niño más a menudo abandonado es el hijo ilegítimo, porque son dos quienes lo abandonan. Las madres solteras. Durante muchos años se ha considerado que el hijo natural era consecuencia del azar, que estaba relacionado con una situación socioeconómica particular y que era casi siempre consecuencia del egoísmo masculino. La joven soltera procede a menudo de un ambiente social poco satisfactorio (hogares desunidos) y el hijo ilegítimo sería la consecuencia de su propia neurosis. L. Young (Ajuriaguerra, 1989) observa en ellas pocas disposiciones para tener contacto, aún superficiales con los demás, a menos de tratarse de amistades ocasionales. En la mayoría de los casos el hijo procede de una unión pasajera, sin ningún lazo profundo con el padre del niño. El hijo ilegítimo responde bien a un fuerte deseo inconsciente de quedar embarazada por necesidad de un objeto amoroso, bien al deseo de utilizar la deshonra de un hijo ilegítimo como arma contra los padres dominantes.

El hijo ilegítimo conoce condiciones familiares anormales aunque sólo sea la falta de padre. La asociación madre-hijo no es una familia como las demás, no solo porque le falte un elemento esencial, el padre, sino por el hecho mismo de la ilegitimidad. La madre frecuentemente, está ansiosa, debe enfrentarse con unas condiciones de vida objetivamente difíciles y luchar contra la actitud del ambiente. Vive en una atmósfera de inseguridad, compensa su sentimiento de frustración afectiva con su comportamiento con el hijo; es casi siempre acaparadora o posesiva. Por otra parte, existe un componente reaccionario por parte del mismo hijo, se siente postergado, despreciado por el "clan", rezuma amargura, despecho y rencor, que la vida no logra borrar; en ciertos casos puede experimentar una violenta agresividad hacia la madre, mientras que el padre desconocido es idealizado.

G. Genevard, 1956, (Ajuriaguerra, 1989), La desadaptación social es evidente en el grupo de hijos ilegítimos llegados a la edad adulta; la mayoría de estos sujetos presenta una gran avidez afectiva, pero no saben satisfacerla; les falta discernimiento y sentido crítico de la elección de compañero; son extremadamente exigentes, no soportan el menor fallo y piden amor absoluto y total.

Los estudios estadísticos muestran una separación muy significativa que permite asegurar que los ilegítimos engendran hijos fuera del matrimonio más a menudo que el término medio de los miembros de la población corriente. Las depresiones reactivas y los desórdenes de tipo psicossomático son muy frecuentes. Estos individuos se comportan como sujetos que han padecido carencia afectiva.

"Al verme privado de aquel gran consuelo que ella me proporcionaba, sentía el alma herida y mi vida casi despedazada".

San Agustín.

-Lágrimas y salmos en la muerte de
Mónica, su madre.-

CAPITULO SEGUNDO

PROCESOS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO HUÉRFANO

Como decíamos en la introducción, los niños de este estudio, viven en una comunidad marginada y son niños huérfanos; así, para poder entenderlos, revisaremos los procesos psicológicos por los que atraviesa el niño huérfano, tomando en cuenta la autoestima y el autoconcepto.

El huérfano de padre y madre, si no ha encontrado sustituto familiar, se haya en situación de abandono. El niño que conserva a uno de sus padres, reacciona según la actitud de este último, tanto si permanece viudo como si se vuelve a casar. Además es evidente que las reacciones serán distintas y que el cuadro se organizará, quizá, diferentemente, según el sexo del huérfano y del padre desaparecido, según el sexo y la edad de los hermanos o según que la desaparición de los padres haya sido brusca o previsible. (Ajuriaguerra, 1983).

Las reacciones emocionales de cada niño, B. Arthur y M.L. Kemme, 1964; (citado en Ajuriaguerra, 1983) dependen de su nivel de desarrollo. El niño puede reaccionar de dos formas: por una sensación de abandono o por una reacción de culpabilidad.

La sensación de abandono puede reflejarse en un vacío emocional y un sentimiento de desesperación por encontrarse solo y perdido. La anterior confianza y seguridad ceden terreno a la aprehensión; el niño se pregunta si no morían también él u otros miembros de la familia. La convicción por parte del niño de haber quedado abandonado

desencadena a menudo la fantasía de reunirse con el fallecido, y esto puede reflejarse en su negativa a considerar la muerte como una finalidad J.Bowlby, 1960;(citado en Ajuriaguerra, 1983). Los niños pequeños pueden tener la convicción y la esperanza de una reunión arriba en el cielo; los de mayor edad, teniendo una comprensión más clara del significado de la muerte, pueden expresar el deseo de reunirse con sus padres. El examen profundo pone en evidencia una culpabilidad subyacente, de difícil expresión. Se han hallado en estos niños repetidos temas de castigos severos por actos de agresión, así como esfuerzos de denegación de anulación y de reparación que pueden ir acompañados de un temor subyacente de ver volver al difunto en busca de venganza; este temor se manifiesta por terrores nocturnos o pesadillas.

El sentimiento persistente de abandono puede acarrear una adaptación precaria que restringe el desarrollo hacia la independencia y las futuras relaciones interpersonales. B. Arthur y M. L. Kemme, 1964; (citado en Ajuriaguerra,1983). El niño puede reaccionar por la traslación afectiva de sus valores positivos del mundo real a un mundo fantástico en que sólo aparecen el fallecido y él, o en otros casos, puede reorganizarse bajo la forma de una autovaloración extremadamente narcisista, desarrollando una sensación de omnipotencia. Los tipos de organización pueden ser distintos según el sexo del padre fallecido. En los casos en que el fallecido era del mismo sexo, la manifestación más evidente es la culpabilidad, procedente de la hostilidad anterior hacia éste, que produce períodos depresivos o desórdenes caracterológicos de varios grados, pudiendo ser las reacciones agresivas de origen defensivo para evitar la depresión. La muerte del padre del sexo opuesto puede experimentarse como una victoria en la lucha edipiana, victoria en la que la idealización del fallecido no confrontada con la realidad, permite al niño conservarle como suyo para siempre. O Fenichel, 1931; (citado en Ajuriaguerra, 1983). El niño puede experimentar una irritación o un resentimiento contra aquellos que intentan devaluar la imagen del muerto; y esto particularmente en las niñas huérfanas de padre. Cuando el sentimiento de culpabilidad forma parte del cuadro, se centra más en rivalidades libidinosas prohibidas que en impulsos agresivos. El fallecimiento de un padre puede plantear problemas de identificación sexual y cuántos niños huérfanos de padre, han tenido que tomar modelo de su madre y llegar a ser ambivalentes respecto a la masculinidad.

En ausencia de su madre, una hermana mayor puede ocupar su lugar e intentar superar las dificultades de los hijos; su transformación en madre accidental puede repercutir sobre ella y, de esta forma, modificar su propia evolución, bien por el hecho de correr el riesgo de no casarse,

al menos temporalmente, bien porque después continúe teniendo actitudes maternales hacia su marido. Tal es el caso de Sandy y Georgina, que al morir su madre asumieron su lugar con sus hermanos pequeños. Derrumbe precoz de la imagen idealizada de los padres: los niños tienden a atribuir a los padres virtudes y habilidades ideales. Esto ocurre debido a la comparación entre su inmadurez y la adultez parental, y también porque el desamparo infantil se compensa a través de la relación con progenitores supuestamente poderosos. Uno de los fundamentos de la estima de sí se construye al tomar como modelos a los padres idealizados y fantasear con asemejarse a ellos. Este proceso va dando lugar en forma gradual a una percepción más realista, donde se atraviesa por periodos de denigración hacia las figuras parentales, situación muy frecuente en la adolescencia, hasta lograr un vínculo de respeto y reconocimiento respecto de las capacidades y limitaciones de los padres y también del sí mismo.

Cuando se produce un conflicto entre los padres y esto ocurre tempranamente, es posible que los altos montos de angustia e ira que ambos experimentan les impida preservar a los niños de comentarios hostiles o despectivos respecto del otro progenitor. De este modo se socaba prematuramente la idealización de las imágenes parentales, produciéndose sentimientos de depresión, futilidad, pérdida de confianza en los otros y en sí mismo. Las conductas de búsqueda de cumplimiento de metas, tales como los estudios, pueden verse afectadas por este colapso prematuro de la idealización temprana. Burin, M. y Meler I. (1998)

2.1 AUTOESTIMA

Es importante analizar los conceptos de Autoestima y Autoconcepto para relacionarlo con los niños y niñas huérfanos protagonistas de este estudio y comprenderlos mejor.

El cómo la gente se ve, sus auto-imágenes y el valor que se les concede a ellas, su autoestima, claramente son cruciales a la hora de determinar los objetivos que los individuos se marcan o se establecen, las actitudes que mantienen, la conducta que inician y la respuesta que dan a otros. Las principales determinantes del auto-concepto son generalmente asimiladas de los modelos tempranos y perdurables en las relaciones padres-hijos y que vienen a apuntalar la seguridad emocional del niño. El desarrollo del auto-concepto es también influenciado por las experiencias escolares.

La autoestima positiva es importante en los primeros años de vida del niño debido a que determinan la actuación y su aprendizaje. Los niños que tienen una alta autoestima, están deseosos de aprender, se llevan bien con los demás, están muy motivados y llegan a ser personas

exitosas. Los niños que les falta autoestima, no aprenden tan bien, se sienten inadecuados y compensan esos sentimientos criticando los logros de los demás, se preocupan de lo que los demás pueden pensar y están desmotivados. Cuando surgen los problemas culpan a sus compañeros y siempre encuentran excusas para ellos mismos. Como no confían en ellos mismos, creen que van a fracasar, así es que rara vez ponen el esfuerzo que se requiere para triunfar, pues después de continuos fracasos llegan realmente a creer que no pueden. Como resultado, su nivel de autoestima y su motivación disminuyen más. Reasoner, 1982., Lara a. y cols. 1989; (citado en Fondón 1998).

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, dentro del cual, los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas. Coopersmith, 1976; (citado en Fondón 1998).

Una persona con autoestima alta vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mayor recurso. Al apreciar debidamente su propio valer está dispuesta a aquilatar y respetar el valer de los demás, por ello solicita su ayuda, irradia confianza y esperanza y se acepta totalmente a sí misma como ser humano. 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.

Por desgracia existen muchas personas que pasan la mayor parte de su vida con una autoestima baja porque piensan que no valen nada o muy poco. Estas personas esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás y como se anticipan a lo peor, lo atraen y por lo general les llega. Como defensa, se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento. Así, aisladas de los demás, se vuelven apáticas, indiferentes hacia sí mismas y hacia las personas que las rodean. Les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad, por consiguiente tienen mayor propensión a pisotear y despreciar a otros. El temor es un compañero natural de esta desconfianza y aislamiento. El temor limita, ciega y evita que el hombre se arriesgue en la búsqueda de nuevas soluciones para los problemas, dando lugar a un comportamiento aún más destructivo.

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren las personas con autoestima baja, las llevan a sentir envidia y celos de lo que los

otros poseen, lo que difícilmente aceptan, manifestándose con actitudes de tristeza, depresión o renuncia, o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento, separando a los individuos, dividiendo parejas, familias, grupos sociales y naciones. (Fondón M. 1998).

2.2 AUTOCONCEPTO

Self y auto-concepto se utilizan de forma intercambiable en la literatura para referirse al conjunto de auto-conocimiento del individuo.

Desde el campo de las percepciones hay que adentrarse en el autoconocimiento, para explorar ese mundo interior de necesidades, de potencialidades y de mensajes acumulados. El entrarse permite conocer los puntos fuertes y aquellos débiles que a través de lo sensorial y de lo perceptivo se fue introduciendo en el punto conceptual, donde se construyen nuevas formas de verse. El autoconocimiento debe llevar una actitud sincera, humilde, comprometida para aceptar aquello que no nos gusta de nosotros mismos, no en un plano de resignación, sino de responsabilidad y de exigencia.

Es importante en este proceso encontrarnos a nosotros mismos, aceptar sin ningún temor ni vergüenza la propia realidad.

La Autoimagen es el legado de creencias con respecto a sí mismo, se forma a partir de los padres y de aquellos adultos que lo acompañan en su proceso de crecimiento.

La autoimagen adecuada da como síntesis una autoestima equilibrada que le permite al niño la adaptación a los más variados medios sociales. La persona que ha aprendido a percibirse inteligentemente, se percibirá como persona inteligente y por el contrario una autoimagen negativa es fuente de comportamientos negativos. La acogida es básica para que el niño se sienta valorado. Suárez Higuera (1977)

Block 1981; Costa, 1980; Shrauger y Schoeneman 1979,(citado en Fondón, 1998), se refieren al self como auto-identidad para significar lo que los psicólogos sociales entienden por auto-concepto, aunque en este mismo campo es frecuente utilizar el término self Albrecht, 1980.(citado en Fondón, 1998).

Tesser y De Paulus 1983, (citado en Fondón, 1998), hablan de autodefinición-auto-concepto-, considerando que viene determinada por el medio social en el que el sujeto está inmerso y sirve para proteger o potenciar la autorregulación - autoestima-. Se considera que esta autorregulación es un constructo hipotético que representa el valor relativo que los individuos se atribuyen o que creen que los otros les atribuyen.

Munson y Spivey 1983,(citado en Fondón 1998), hablan de auto-concepto considerando que el hecho de que las personas ejecuten o eviten ciertas conductas depende del grado en que aquél sea potenciado o amenazado.

En la actualidad, científicos del desarrollo humano como Peretz Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim y otros,(Fondón, 1998), afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorrealización en la salud física y mental, productividad y creatividad, es decir en la plena expresión de sí mismo.

La autoimagen es el retrato que cada uno tiene de sí mismo, cuyas grabaciones se fueron dando en las primeras etapas del caminar por la vida. Con un ingreso de procesos positivos el capital perceptivo dará los elementos para el valor que uno tiene de sí mismo, junto con el reconocimiento de los otros. Cuando el niño se quiere, se conoce y encuentra en sus potencialidades y defectos oportunidades de crecer, de cambiar, de ser él, él mismo en un proceso de maduración; ha comenzado el camino de la autoaceptación. La autonomía es el resultado de un proceso que permite al niño asumir el control cognitivo, afectivo y físico de las pequeñas responsabilidades y determinaciones que le corresponden. Un niño autónomo será aquél que va avanzando de cosas sencillas a cosas complejas y que sabrá hacer frente a las relaciones con los otros y con el mundo exterior sin sentirse agredido. La autonomía capacita a las personas para validar las oportunidades que le ofrece la vida cotidiana dentro de una atmósfera equilibrada y con suficiente motivación para superar cualquier dificultad.

Así la autoestima es el cimiento de la propia imagen, es la opinión que cada persona tiene de sí misma, es la aceptación de su realidad física, psicológica y socio-económica; es el concepto de su yo; es el conocimiento real; en el respeto de su ser de persona distinta a las demás.

Los padres son los primeros formadores de los hijos, si en los padres hay contradicciones acerca de las formas de exigirle. Si cada uno de los papás se coloca en una posición extrema: por un lado un padre exigente, y violento y por otro una madre sobreprotectora, estas presencias desiguales y antagónicas irán dando una imagen desequilibrada, pues para construir su propia imagen va a necesitar de los dos modelos, masculino y femenino. Suárez Higuera (1997).

Cuando el desarrollo del individuo ha sido conflictivo como es el caso de los niños huérfanos de nuestro estudio, con historias de pérdidas tempranas, sin padres que les den formación, les impongan límites, que los valoren como personas, que los amen; su autoestima estará baja, piensan que no valen nada, o muy poco y tendrán tendencia a la depresión.

"..de tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales del alma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos."

S. Freud.

El Malestar en la Cultura.

CAPITULO TERCERO

DEPRESIÓN INFANTIL

Como en el estudio de casos que se está realizando en este trabajo, se trata de investigar si los niños y niñas que viven en una comunidad marginada, huérfanos de padre y madre a temprana edad y que no han sido hospitalizados padecen depresión. Y de acuerdo a la entrevista preliminar y al seguimiento de su historia de vida, contestar la pregunta ¿cómo repercute en la vida de estos niños la muerte de sus padres? Parte fundamental de esta investigación consiste en revisar los estudios que han hecho diferentes autores sobre depresión infantil, así como los diferentes enfoques, incluyendo las causas, manifestaciones y tratamiento.

Se asume que la depresión es un padecimiento que aparece con predominio en el sexo femenino, hacia el tercer decenio de la vida y que además de las repercusiones sobre la productividad y el rendimiento, se le implica como causa primordial del suicidio. Contreras (1994) Existe cierto debate sobre la existencia de la depresión en etapas tempranas de la vida, sin embargo se han notado cambios en el crecimiento, desarrollo e inteligencia asociados al estrés o a problemas

emocionales probablemente ligados a la presencia de un estado depresivo (Carlos M. Contreras y Col. 1994).

El diagnóstico del síndrome depresivo es mucho más difícil en la infancia que en la edad adulta; ello se debe en parte, a que el niño tiene mayor dificultad para describir su sintomatología. Por lo anterior el Psicólogo y el médico deben preguntar pacientemente o intentar objetivar los síntomas, que muchas veces sólo pueden inferirse observando minuciosamente el comportamiento del niño. Calderón (1998).

Entre los síntomas que se han considerado como integrantes del cuadro depresivo en niños, pueden señalarse: fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia contra el estudio, distracciones, actitud taciturna, torturada o molesta y, no pocas veces, quejas hipocondríacas como dolores abdominales, cefaleas y dolor de garganta. Calderón, (1998).

Hasta hace poco los psiquiatras infantiles se resistían a creer que la depresión infantil tuviera características semejantes a la de los adultos y que dicho cuadro pudiera ser tratado con medicamentos antidepressivos. En 1971, hubo un cambio de esta actitud, en el 1V Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos, que se efectuó en Estocolmo, se dedicó excusivamente al intercambio de puntos de vista y de ideas relacionadas Con el tratamiento de los estados depresivos en niños y adolescentes. Se recalcó que en la actualidad hay dos escuelas de pensamiento opuestas: la de los psiquiatras infantiles que buscan los síntomas clásicos de la melancolía postulados por Kraepelin (ideas delirantes de culpa, estados depresivos alternando con episodios de manía, tendencias suicidas, e inhibiciones dolorosas) y la de los paidopsiquiatras más jóvenes, que tratan de adoptar una clasificación nosológica similar a la que se ha usado en el adulto después del advenimiento de los medicamentos antidepressivos, es decir, amplían el concepto de la depresión para poder abarcar todos los trastornos asociados con alteraciones depresivas del humor que se presentan con más frecuencia en la mañana y que se caracterizan por la falta de energía vital. No obstante este tipo de trastornos no provoca en los niños los mismos síntomas que en los adultos. Fenómenos tan comunes como cansancio y/ o mal rendimiento en la escuela, llanto, ansiedad, tendencia a la pendencia, irritabilidad y cambios episódicos de la personalidad, que no pueden atribuirse a factores situacionales, psicológicos o fisiopatológicos, son más frecuentes que los trastornos depresivos del humor, y además pueden manifestarse por medio de equivalentes psíquicos como caprichos, descontento y falta de energía. Casos de este tipo se presentan en un 10 o 15 % de los pacientes de

psiquiatría infantil, y es este porcentaje el que podría corresponder a lo que hemos considerado como depresión simple en el adulto y que por tanto, es susceptible de ser tratada con antidepresivos. Calderón, (1998).

**“Porque la tristeza perjudica y la melancolía del corazón deprime el vigor.”
Eclesiast. 38, 19**

3.1 DIFERENTES ENFOQUES DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

3.1.1 ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Freud 1912, “Duelo y melancolía” (Citado en Cruz, Morales, Ramírez 1996), se ocupa por primera vez de la depresión: definiendo al duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción ideal. El duelo puede tener consigo desviaciones de la conducta normal, aunque pasado cierto tiempo lo supera. La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolorosa, una cancelación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo, que se exterioriza en auto-reproches y auto-denigrarse que puede llegar a una expectativa de castigo. Aunque el duelo muestra las mismas características, falta la perturbación de sí mismo.

La pérdida por el mundo exterior impide escoger un nuevo objeto de amor. En el duelo, el objeto de amor ya no existe más y de él se emana ahora la exhortación de quitar todo libido de sus enlaces con ese objeto, pero prevalece el acatamiento, cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en la que la libido se anuda al objeto son clausuradas, sobre-investidos y en ellos se consume el desarrollo de la libido; de hecho una vez cumplido el trabajo de duelo el yo se ve otra vez libre y desinhibido.

En la melancolía, la naturaleza de la pérdida es de origen ideal, el objeto no está tal vez muerto, pero se perdió como objeto de amor, en la melancolía se sabe a quien perdió, pero no se sabe qué perdió de él.

En el duelo se encuentra la inhibición y falta de interés que se esclarece en el trabajo de duelo y que no es posible en la melancolía. Además de los bajos sentimientos y empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al yo. El cuadro nosológico de la melancolía es el desagrado moral en el propio yo, así como quebranto físico, fealdad y debilidad., inferioridad social. Rara vez son objeto de apreciación que el individuo hace de sí mismo. El duelo normal vence la pérdida de objeto y mientras persiste, absorbe de igual modo todas las energías del yo. La suma de satisfacciones narcisistas permite el estar con vida, desatando su ligazón con el objeto aniquilado. Si el objeto no tiene para el yo importancia, no es apto para causarle un duelo o una melancolía.

En la melancolía, la relación con el objeto está complicada por la ambivalencia, inherente a todo vínculo de amor, de este yo nacen las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto, por eso la melancolía surge de una gama de ocasiones más que el duelo. En la melancolía se urde de una multitud de batallas parciales por el objeto; en ellas se enfrenta el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto y el otro por salvar del asalto a la posición libidinal. La ambivalencia constitucional pertenece en sí y para sí a lo reprimido, mientras que las vivencias traumáticas con el objeto pueden haber activado otro material reprimido. en las batallas de ambivalencia, todo se sustrae de la conciencia hasta que sobreviene el desenlace característico de la melancolía.

En la conciencia del melancólico, el yo se menosprecia y se enfurece contra sí mismo; en el duelo mueve al yo, al objeto declarándolo muerto y ofreciéndole como premio permanecer con vida.

Un importante elemento que caracteriza a la melancolía y que no se presenta en el duelo es, la presencia de una notable disminución del amor propio, un empobrecimiento del yo, acompañados por insomnios y anorexia, es decir, por un desinterés por el mundo exterior, inhibición de todas las funciones y un estado de ánimo doloroso.

Melanie Klein, 1948,(Citado en Cruz, Morales 1996), con el nombre de posición depresiva, describe la fase que sigue a la posición paranoide o persecutoria y que corresponde al periodo durante el cual el niño es capaz de reconocer al objeto en su conjunto y no dividido. La madre durante esta fase, es la fuente tanto de lo bueno como de lo malo, lo cual produce en el niño su propia impotencia y su dependencia. En relación con el objeto, la actitud del niño es ambivalente y la antigua

angustia de persecución deja paso, durante la fase depresiva, a una angustia centrada sobre el temor de sus pulsiones destructivas. El niño no podrá asegurarse la posición de ese objeto, que siente que se le escapa, más que intensificando los procesos destructivos. Por ello el niño siente la desesperación depresiva, la aflicción de este objeto perdido o destruido y la culpabilidad de haber destruido él mismo al objeto. Se trata, según esta teoría, de una fase del desarrollo normal del niño.

Melanie Klein dice que la patología suele presentarse cuando el yo atraviesa por algunas experiencias creando sentimientos de culpa y ciertos trastornos durante el desarrollo, creando fijaciones negativas para el yo, y que no le permiten interactuar de manera adecuada con otros, o con la realidad externa y- o interna, se siente rodeado de objetos hostiles y desintegrados, sus vínculos con la realidad están cortados o son muy dolorosos y su capacidad de establecer vínculos se ha desbaratado. Motivo por el cual vivencia sentimientos de culpa y pérdida llegando a la depresión, por su incapacidad de reparar a sus objetos en la realidad y en sus fantasías.

Ana Freud 1949, (citado en Cruz, 1996), dice que antes de que haya alcanzado la fase de la constancia objetal, el objeto, es decir la persona que cumple las funciones de madre, no es percibido por el niño como poseedor de una existencia independiente y propia, sino sólo en relación con el papel que tiene consignado dentro del esquema de las necesidades y deseos del niño. En consecuencia todo lo que sucede en el objeto, o al objeto, se interpreta desde el punto de vista de la satisfacción o frustración de estos deseos. Las preocupaciones de la muerte, su interés por otros miembros de la familia, por el trabajo u otra cosa, sus depresiones, enfermedades, ausencias e incluso su muerte, son transformadas en experiencias de rechazo en el niño. Las depresiones en la madre durante los dos primeros años de vida del niño, crean en éste una tendencia a la depresión (aunque quizá se manifieste hasta años muy posteriores). Lo que sucede que estos niños, logran un sentimiento de unidad y armonía con la madre no por medio de los progresos de su desarrollo sino reproduciendo en sí mismos el estado de ánimo de la madre Anna Freud, 1939, (Citado en Cruz, 1996). Todo esto no significa sino que las tendencias, inclinaciones, predilecciones, (incluyendo la tendencia a la depresión, a las actitudes masoquistas) que se encuentran en todos los seres humanos, pueden erotizarse y estimularse a través del establecimiento de vínculos emocionales entre el niño y su primer objeto. El desequilibrio entre las líneas del desarrollo así originado no tiene carácter patológico. La falta moderada de armonía prepara el terreno para las innumerables diferencias que

existen entre los individuos desde edad temprana, es decir, producen una cantidad de variaciones de la normalidad que debemos tomar en cuenta.

Según Winnicott 1961, (citado en Cruz, 1996), la infancia es el período en que se halla en proceso de formación, la capacidad del individuo, para captar los factores externos y aplicarlos a su propia vida.

Durante el desarrollo infantil, la criatura por lo general aprende a dominar el ello (y el yo logra incorporarlo), estriba en el cuidado materno, el que el yo materno complementa el ello infantil y le da fuerza de estabilidad. Así el yo infantil acaba librándose del apoyo del yo materno, de tal forma que la criatura alcanza una independencia mental con respecto a la madre, es decir, una diferenciación que le otorga una personalidad propia.

En la infancia y en la crianza del niño existe una distinción entre, comprensión materna de las necesidades de la criatura basada en la identificación emocional con ella y por otra, el paso de la madre a un estado de comprensión basado en los signos emitidos por la criatura o niño pequeño para indicar su necesidad.

La madre por medio de su identificación con la criatura, sabe como se siente ésta y por tanto, es capaz de darle casi exactamente todo cuanto necesita al principio: una adaptación viva a sus necesidades. El desarrollo emocional del niño tiene lugar cuando se han provisto las condiciones adecuadas para ello, el impulso a desarrollarse nace del mismo niño, de su interior. Las fuerzas que impiden hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia, son intensamente potentes y hacen que el niño, en condiciones favorables, haga progresos; cuando las condiciones no son suficientemente positivas, estas fuerzas quedan retenidas en el interior del niño, al que de una u otra, tienden a destruir.

La provisión de un factor ambiental satisfactorio tiende verdaderamente a prevenir trastornos psicóticos o esquizofrénicos; pero pese a todos los buenos cuidados, el niño es propenso a los trastornos asociados con los conflictos que surjan de la vida instintiva.

Kohut 1977, (citado en Cruz,1996), señala que existe un trastorno narcisista de la personalidad, en la que existe una expresión de las necesidades de un estado arcaico. Cree que las respuestas adecuadas a la patología de sí mismo primario se han dado en el pasado, a veces

como una renuncia e incluso con culpa. Su etiología tendría que buscarse en las actitudes de padres, que por un lado, se mostraron complacientes con los impulsos pregenitales del niño y, por el otro, bloquearon las exigencias de sus necesidades fálico-genitales. Kohut explica que el sí mismo del niño, el que como consecuencia de las respuestas empáticas seriamente perturbadas de los padres, no se ha podido establecer con firmeza y es el sí mismo debilitado y propenso a la fragmentación el que, en el intento de asegurarse de que está vivo, incluso de que existe siquiera, se vuelca defensivamente hacia metas de placer a través de la estimulación de las zonas erógenas y luego, en forma secundaria, provoca la orientación de los impulsos orales (y anales), y el sometimiento del yo a las metas pulsionales correlacionadas con las zonas corporales estimuladas.

En términos de la teoría del instinto, la gratificación plena –mal crianza– priva al niño de la oportunidad de construir su estructura psíquica, es decir, que como consecuencia de la no frustración de sus impulsos, el yo permanece inmaduro (no desarrolla en grado suficiente sus funciones de control, modulación y sublimación de los impulsos), que la empatía materna puede ser excesiva y que el maternaje debe tener límites para no resultar nocivo para el niño.

El niño necesita una provisión de alimentos empáticamente modulada, y no alimento. Si esta necesidad permanece insatisfecha (en grado traumático), la configuración psicológica más amplia, la experiencia gozosa de ser un sí mismo entero, que recibe una respuesta adecuada, se desintegra y el niño se retrae a un fragmento de la unidad experiencial mas grande, es decir a una estimulación oral tendiente al placer (a la zona erógena), o en términos clínicos a una ingestión depresiva de alimentos.

El modelo psicoanalítico, considera a la depresión como resultado de un conflicto intrapsíquico entre el super-yo primitivo y el yo desválido. Aunque desde esta perspectiva se llegue a negar la existencia de la depresión infantil, pues los niños no tienen un yo bien desarrollado que de origen a este desorden. De acuerdo a este enfoque, para algunos autores es imposible que la depresión aparezca en la infancia, ya que depende que el sujeto tenga suficientemente desarrolladas ciertas estructuras metapsicológicas. Algunos otros autores psicoanalíticos, sostienen que la depresión existe en la infancia, que puede surgir en cualquier edad, dependiendo de sus manifestaciones del desarrollo psicosexual y de determinadas habilidades cognitivas y preceptuales

específicas de estos períodos evolutivos. Un niño enfermo puede tratar de buscar alivio en el medio o evadirse a través del sueño, o bien a través de un sentimiento de culpa, o sea el significado que le da a su enfermedad aceptándolo como un castigo que sus actitudes previas han originado y que bien se merece. Cuando un niño enfermo se atiende impacientemente a sí mismo como un hipocondríaco, el hecho indica de modo palpable su sentimiento de que su madre no se interesa lo suficiente por él y de encontrarse insatisfecho con la protección y atención que ésta le brinda. (Cruz, Morales, Ramírez, 1996).

Uno de los hechos más importantes recientemente detectados, es que la depresión infantil se manifiesta de modos diferentes según la edad del niño, Mc-Conville y Col. 1973, (citado en Lang y Tisher, 1996) sugieren que la depresión afectiva sería la más frecuente en los niños más pequeños (de seis a ocho años) y la depresión de culpa en los niños de más edad (de diez a trece años).

La mayoría de los niños que presentan un estado depresivo no son referidos al especialista a causa de un estado básicamente depresivo, sino que le son enviados por cualquiera de los tres motivos principales: Disminución del rendimiento escolar; trastorno del comportamiento o alteraciones psicósomáticas.

En lo general, el niño depresivo, a diferencia del adolescente y del adulto, no habla espontáneamente de sus síntomas. En los casos más típicos, el niño muestra un semblante triste, inexpresivo, sollozo por motivos triviales, habla con una voz monótona y apenas vibra en el entorno. El dolor moral se exterioriza con menos frecuencia. El descenso en el rendimiento escolar resulta de la dificultad de mantener la atención y la lentificación del pensamiento y de la memoria. La inhibición en la esfera de la actividad se traduce por la inercia, la pasividad, la tendencia al aislamiento y el rechazo a participar en juegos colectivos.

El trastorno del humor con frecuencia se acompaña de una crisis de pavor nocturno y de manifestaciones fóbico-obsesivas. Los equivalentes somáticos que se sitúan en el primer plano de la sintomatología: anorexia, enuresis, encopresis, insomnio, y cefálea. En ocasiones el niño expresa la alteración afectiva mediante una conducta inestable o a través del acting-out impulsivo y antisocial.

El proceso de desarrollo de la personalidad del niño, es un proceso de construcción que implica cambios por la interacción dinámica entre el individuo y su ambiente físico. El niño interviene en su propio desarrollo, expresando sus posibilidades para adaptarse e interpretar el mundo que le rodea y manifestando al mismo tiempo sus emociones y sentimientos.

Las primeras etapas evolutivas del niño, en donde no puede valerse por sí mismo, trascurren habitualmente, en el seno de la familia, que cubre sus necesidades físicas y psicológicas iniciales: por ello es necesario un ambiente nutriente, que responda a las necesidades a través de toda la infancia del individuo.

Las necesidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales de los niños deben satisfacerse en su totalidad si ellos han de disfrutar la vida, desarrollar todo su potencial y llegar a ser adultos que participen y contribuyan.

Los niños que vivieron experiencias negativas a lo largo de los primeros años de vida, son incapaces de controlar las situaciones y es posible que se conduzcan al desamparo y desesperanza, a los sentimientos de abandono, confusión y agobio que pueden conducirlos a la culpa, el enojo, a la falta de valía o a la depresión. Son experiencias que distorsionan el desarrollo afectivo, que se incorporan al núcleo de la personalidad y que condicionan toda su conducta. Aunque la conducta no sólo es el resultado de lo que sucede desde el mundo exterior, sino también una función de cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos en el interior.

Aunque no todos los problemas de la infancia son de orden emocional, éstos surgen cuando un niño se encuentra frente a una situación para la cual carece de una respuesta adecuada, pero ante la cual reacciona, de una manera desorganizada, ineficaz y por lo general, socialmente inestable, así como existe un vasto número de niños de todas edades que silenciosamente piden ayuda. (M. Lang y M. Tisher, 1978).

Dr. Brazelton, (1989), El dolor de perder al marido teniendo un bebé que sacar adelante debe ser inmenso. Naturalmente el niño no podrá dejar de quedar afectado por dicha tristeza. Una persona sumida en la tristeza actúa más despacio: el comer, el dormir, todo se vuelve más difícil. El cónyuge que ha enviudado puede volcarse hacia el hijo en busca de consuelo, y ésta puede ser la salvación para ambos. A pesar de que la mamá se comporte con lentitud y no esté muy alegre con su bebé, su hijo está recibiendo una sensación de lo importante que es para ella, sus reacciones le darán un sentimiento de importancia. Ella puede estar sumergida en unos momentos de autoculpación, de rabia y de sentir lástima de sí misma, ante lo que la vida le ha hecho, y de negación de la dolorosa realidad que le rodea. Cuanto antes pueda mejorar su propia ansiedad, tanto mejor para el bebé, los bebés son sorprendentemente maleables y pueden rehacerse de la depresión de un padre, si él o ella son capaces de llegar a ver el punto de vista del niño.

El aspecto más difícil de estar deprimido con un bebé pequeño es que a uno le falta la energía para responder al bebé y a la evolución de su desarrollo.

3.1.2 ENFOQUE NEUROFISIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

El estudio del sistema límbico en relación a la depresión ha sido escasamente abordado Marván M.L. 1988, (citado en Ma. Teresa Gutiérrez 1992), con base en los hallazgos clínicos se ha observado que el paciente deprimido tiene dificultades para experimentar placer. En consecuencia la alteración subyacente podría ubicarse en los centros límbicos susceptibles del fenómeno de autoestimulación eléctrica intracraneal (AEI). En este sentido se ha demostrado que la tasa de AEI aumenta bajo la acción de antidepresivos tricíclicos o de inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOS) en ratas pretratadas con anfetamina. Se requiere de una sensibilización del receptor catecolaminérgico. Sin embargo esta hipótesis aun guarda más apoyo experimental.

En un intento por sistematizar el sustrato anatómico-funcional de las emociones se ha propuesto que podrían estar reguladas por aquellas funciones del sistema nervioso que forman un circuito que involucra vastas áreas de la corteza cerebral y algunas diencefálicas. Este circuito recibe el nombre de sistema límbico para referirse a una serie de estructuras que involucran al hipocampo, al núcleo ventral anterior del tálamo, los cuerpos mamilares y la circunvolución del cíngulo. Poco antes de que recibiera el nombre de sistema límbico, se incluyeron otras estructuras como son la corteza orbito-frontal, la ínsula, la corteza anterior del lóbulo temporal, los núcleos de la amígdala del lóbulo temporal, el núcleo dorso-mediano del tálamo y finalmente los núcleos septales. Cabe destacar que las relaciones entre el séptum, el hipocampo y la circunvolución del cíngulo serían las responsables de expresiones conductuales diversas conducentes a la sociabilización.

En la actualidad el concepto de sistema límbico puede ser entendido como aquel formado por dos componentes. El componente medial quedaría vecino a las estructuras diencefálicas. A los lados y por debajo de estas estructuras se ubica el componente basolateral. La conducta adecuada estaría determinada por la interacción de estos dos componentes. Contreras y Cols. 1989, y 1990, (citado en Gutiérrez 1991).

Existen algunos resultados de tipo neurofarmacológico que apoyan la hipótesis de que las zonas en las que se da el AEI son sensibles al tratamiento con compuestos y técnicas eficaces en el humano deprimido; Contreras y cols. 1989, y 1990 (citado en Gutierrez, 1991). En efecto las neuronas de los núcleos septales modifican su tasa de

disparo conforme avanza el tratamiento con diversos antidepresivos en ratas. El resultado puede ser interpretado como una acción específica de tales tratamientos en estructuras mediales del sistema límbico.

3.1.3 ENFOQUE BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

Dentro de este modelo existen dos grandes hipótesis en torno a la explicación de las bases biológicas de la depresión.

HIPÓTESIS CATECOLAMINÉRGICA

Se sostiene que en ciertas depresiones hay déficit de catecolaminas en concreto noradrenalina (Na) en determinadas regiones cerebrales. Tal déficit, sin embargo, ni es constante en todos los tipos de depresión, ni en todos ellos aparece con la misma intensidad. Gran parte de la investigación se ha dirigido a detectar posibles diferencias en el metabolismo de las catecolaminas en los diferentes subtipos de depresión Schildkraut, 1978 (citado en Fondón 1998). El estudio del principal metabolito de Na, el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG), ha ocupado un lugar relevante en la investigación y se han logrado los hallazgos siguientes.

1. La excreción de MHPG en orina durante las 24 horas está disminuida en los enfermos depresivos, frente a los enfermos maniacos.
2. los deprimidos con bajo nivel de MHPG en orina, responden mejor al tratamiento con imipramina o desmetilimipramina, que a la administración de amitriptilina. Hay correlación positiva entre el ascenso en la concentración urinaria de MHPG, la mejoría clínica y la administración de estos antidepresivos específicos.
3. El nivel basal de MHPG en el líquido cefalorraquídeo (LCR) es, por lo general, más bajo en los deprimidos que en los sujetos control. Shopsin, 1973. (citado en Fondón 1998).
4. Suele haber una correlación positiva entre la gravedad de la depresión y la tasa de MHPG en LCR Shaw, 1973, (citado en Fondón 1998.)
5. La concentración de ácido homovanílico (HVA), principal metabolito de la dopamina (Da), está disminuido en el LCR de los enfermos depresivos Jimenson, (1975);(citado en Fondón 1998).
6. Se ha encontrado disminución de dopamina en los núcleos rojo, estriado y del rafé, en el análisis postmortem de enfermos

depresivos no suicidas Birkmayer, 1975; (citado en Fondón, 1998).

7. En los suicidas, Beskov 1976, (citado en Fondón 1998), ha encontrado una disminución de Na en el putámen y un aumento de HVA en la corteza frontal.

Crow 1972, Stille 1977, (citado en Fondón 1998) sitúan este descarrilamiento bioquímico en los sistemas cerebrales de recompensa, integrados por neuronas noradrenérgicas y dopaminérgicas.

HIPÓTESIS INDOLAMINERGICA.

Se sostiene que en ciertos depresivos hay un decremento en los niveles funcionales de serotonina (5ht) cerebral. La tasa de esta sustancia en el cerebro se incrementaría por la acción de los antidepresivos y de los precursores de la misma.

El metabolito principal de la serotonina es el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA). Y en torno de esto se han hecho varias investigaciones, de las cuales se muestran algunas conclusiones:

1. Murphy y cols. 1978 han encontrado en los enfermos depresivos una reducción de hasta el 30% de 5-HIAA.
2. Asberg y cols. 1976 han estudiado la tasa de 5-HIAA en LCR de pacientes con intentos suicidas, encontrando correlaciones positivas entre la frecuencia de los intentos suicidas y la tasa de 5-HIAA. (Citado en Fondón 1998).

**"Extenuado estoy de tanto gemir,
cada noche empapo mi cama y con mis
lágrimas inundo mi lecho"**

Salmo 6, 7

3.2 SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN.

Carlos M. Contreras y cols. (1994) Existe cierto debate sobre la existencia de la depresión en etapas tempranas de la vida. Sin embargo se han notado cambios en el crecimiento, desarrollo e inteligencia asociados al estrés o a problemas emocionales probablemente ligados a la presencia de un estado depresivo. Mencionan que algunos trastornos de conducta pueden ser equivalentes a la depresión enmascarada. Ante la dificultad infantil para expresar sus preocupaciones pueden aparecer enuresis, fobias, pesadillas y ansiedad, aunque también suelen observarse cambios en los patrones de alimentación y sueño. Finalmente, muchas veces los intentos suicidas se confunden con accidentes o descuidos propios de los niños y tan sólo se interpretan como una llamada de atención o una petición de ayuda. En este caso la poca atención que se otorgue, puede traer consecuencias irremediables. La hipocondriasis y las alteraciones psicósomáticas son los síntomas más frecuentes de la depresión enmascarada. Lesse 1981; (citado en Contreras y Cols. 1994), encontró que en los niños el estado depresivo implicaría flojera, aburrimiento, actos antisociales, fobias y bajo rendimiento escolar. Al avanzar la edad se incrementa la frecuencia de manifestaciones sociopáticas. La hipocondriasis y los trastornos psicósomáticos son pocos frecuentes en niños pequeños, aunque pueden ocurrir dolores de cabeza, tics, quejas abdominales, náusea y vómito. Entre los adolescentes, los síntomas son muy semejantes a la depresión del adulto, pero existen algunas diferencias.

Kashani y col 1989, (citado en Contreras Carlos M y col. 1994), describieron los síntomas depresivos en tres grupos de edades: 8, 12 y 17 años, en una muestra que constó de 210 niños y adolescentes que asistían a escuelas públicas. Algunos síntomas decrecieron con frecuencia conforme aumentaba la edad; no prestar atención a las cosas usuales, quejas somáticas (dolores de estómago), pesadillas, pensamientos negativos de impotencia para conseguir más que los otros

y no intentar lograr algo por pensar que es imposible o inútil hacerlo. Por el contrario, algunos síntomas se incrementaron con la edad, como fueron, sentir más cansancio que antes, no prestar importancia a las amenazas de daño físico, agitación o hiperactividad al estar triste, irritabilidad, desagrado por salir a jugar, carecer de energía, sentirse muy aburrido y tener pensamientos confusos o poco claros con respecto al futuro. Los puntajes de ansiedad también decrecieron conforme la edad se incrementaba. Por último, los niños mayores lloraban con menos frecuencia y tenían una actitud culpable y auto-punitiva, misma que se hace mayor conforme el niño se acercaba a la adolescencia.

Calderón, (1998); divide los síntomas en cuatro grupos:

Trastornos afectivos
Trastornos intelectuales
Trastornos conductuales
Trastornos orgánicos.

Trastornos afectivos: Generalmente inicia su cuadro con un estado de Indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés, con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de sus intereses vitales, aparece la tristeza, utilizando adjetivos como: desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, preocupado, inútil o culpable.
Inseguridad, con dificultad para tomar decisiones; pesimismo con enfoque vital derrotista y origen a dependencia hacia la familia.
Miedo específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo.
Ansiedad, más intensa en la mañana, irritabilidad con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

Trastornos Intelectuales: las funciones intelectuales no son las más afectadas, sin embargo pueden presentarse síntomas importantes:
Sensopercepción disminuida- mala captación de estímulos;
Trastornos de memoria con dificultad para la evocación; disminución de la atención, mala fijación de los hechos de la vida cotidiana;
Disminución de la concentración—problemas en el estudio y el trabajo;
Ideas de culpa o de fracaso, autodevaluación, incapacidad de enfrentamiento; Pensamiento obsesivo, ideas o recuerdos repetitivos molestos.

Trastornos conductuales:

La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, descuidando sus obligaciones y aseo personal. Y mal rendimiento en el trabajo.

Impulsos suicidas: ideas o intentos de privarse de la vida.
Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

Trastornos Orgánicos:

Trastornos en el sueño; insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso. Dormir inquieto, en algunos casos hay hipersomnía.

Trastornos en el apetito: Anorexia, que puede presentar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.

Disminución del deseo sexual. Cefalea tensional, afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales.

Decaimiento físico, falta de energía vital.

Trastornos digestivos, Trastornos cardiovasculares, frecuencia del ritmo cardíaco, disnea, Mareos, prurito, alopecia, etc.

DSM-1V (Pichot,2001), dice que en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

Insomnio o hipersomnía casi cada día.

Agitación o entretardamiento psicomotores casi cada día observables por los demás.

Fatiga o pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes)

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.

Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

En el caso del CIE-10 no se hace ninguna referencia a la edad o cualquier característica típica por el hecho de estar tratándose de niños. En la introducción se expone claramente su posición cuando se dice: "Varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas casi de cualquier edad por lo tanto pueden ser utilizadas para niños y adolescentes."

3.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Desencadenantes psicosociales:

Pérdida de personas importantes. Brown, 1961, (citado en Calderón 1989). reportó la significativa relación entre la pérdida de los padres y la depresión en el adulto. En un estudio que efectuó en 216 enfermos depresivos adultos, el 41% había sufrido la muerte de uno de sus padres antes de la edad de 15 años. Esta incidencia fue significativamente más alta que la orfandad en la población general de gran Bretaña (12%), y en comparación con un grupo de 267 enfermos con padecimientos médicos (19.6 %)

En este estudio, la base para el diagnóstico de depresión fue "la presencia de un estado de ánimo desagradable, no transitorio y sin relación con un cuadro esquizofrénico o con una enfermedad orgánica cerebral"

Desprecio y rechazo: Corresponde al tema de niños maltratados.

Trastornos afectivos de los padres: El cuadro de uno de los progenitores puede afectar al niño, por identificación con el cuadro del adulto, o por la mala atención recibida de un padre o de una madre con capacidad afectiva disminuida.

Beck, A. T. 1967, (citado en Calderón 1998), En un grupo de 267 enfermos del departamento de consulta externa de la Clínica de la universidad de Pensilvania y del Hospital General, Psiquiatras calificados aplicaron el inventario para la depresión de Beck, a todos los enfermos se les preguntó si aun vivían sus padres, en el caso de que éstos hubieran muerto, se trató de determinar la edad que el paciente tenía cuando esto sucedió. Los resultados del inventario señalan que en el grupo muy deprimido el 27% de los enfermos había perdido a uno o ambos padres antes de los 16 años, comparado con un 12% en el grupo de los no deprimidos. Los resultados del estudio efectuado por medio del diagnóstico clínico de la depresión fueron similares a los anteriores: 36.4% de muerte de uno o ambos padres en la depresión severa, contra 15.2% en el grupo de los no deprimidos.

Estos estudios permiten suponer que la pérdida de los padres durante la infancia puede ser determinante de un cuadro depresivo que en la mayoría de los casos no se diagnosticó en esa época, sino hasta muchos años después.

3.4 TRATAMIENTO

"El origen de los grandes problemas psicosociales yace en la estructura social". Reiff (1968) (citado en Gómez, 1999); Dado que la sociedad es responsable de la generación de alteraciones de la salud mental y otros problemas psicológicos, es también un elemento de importancia central para solucionarlos. (albee, 1982), La prevención de la Psicopatología y la promoción de la salud sólo se lograrán a través de profundos cambios en la estructura social.

Calderón, (1998) En la mayoría de los casos el tratamiento de la depresión infantil debe enfocarse hacia el marco familiar, y es tanto más efectivo cuando más temprano se realice el diagnóstico. Esta relación con la familia puede ir desde una psicoterapia familiar intensiva que abarque a todos los miembros de la misma, hasta una orientación periódica de los padres con o sin contacto directo con el niño. El tipo de tratamiento que se elija dependerá de la severidad y duración del cuadro depresivo, de la edad del niño y de la colaboración de sus padres. Mientras más pequeño sea el niño más sensible será a los cambios ambientales; en estos casos la orientación a los padres es el tratamiento apropiado. Si el niño es mayor de ocho años, o el trastorno es de gran intensidad o de larga duración, es aconsejable la terapia familiar con participación del pequeño. En muchos de estos casos, el tratamiento debe ser reforzado por una terapia individual del niño, del padre deprimido, o de ambos.

El objetivo de cualquier tipo de terapia familiar debe ser el aumentar la comprensión del niño y disminuir su rechazo. Si ha habido una pérdida de objeto importante, la familia necesita de orientación y consejo que la ayuden a encontrar un sustituto adecuado. Cuando uno de los padres padece depresión, un tratamiento farmacológico oportuno mejorará su funcionamiento dentro del marco familiar, evitando que los pequeños a su vez se depriman.

En casos difíciles la terapia familiar debe apoyarse en el tratamiento individual del niño. La terapia de juego permite que el terapeuta brinde buenas oportunidades de éxito a los pequeños, lo cual mejora la autoestima de éstos, refuerza su personalidad o incrementa su confianza en el adulto, permitiéndoles una mejor expresión de sus sentimientos y un nuevo modelo de identificación.

Hazell y col. (Citado en Calderón 1998), enfatizan la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de estos cuadros, y Jellinek y Herzog, (citado en Calderón 1998), consideran que el tratamiento debe ser integral, psicológico y farmacológico.

Carlos M. Contreras y Cols. (1994), Por lo que se refiere a las opciones de tratamiento, y a pesar de que existen diferencias entre los síntomas depresivos infantiles, la del adolescente y la del adulto, la imipramina se utiliza ampliamente en las tres edades.

La terapia electroconvulsiva resulta de utilidad en niños y adolescentes con desórdenes bipolares y con depresión.

Efectos de drogas psicoactivas y terapia electroconvulsiva sobre el metabolismo de la norepinefrina y el estado de ánimo: un sumario Calderón, (1998).

Drogas Tratamiento	Efecto sobre el estado de ánimo (humanos)	Efectos sobre el metabolismo de la norepinefrina en el cerebro animal	Efecto hipotético s/norepinefrina en los centros receptores.
Inhibidores MAO	Antidepresivo	Al inhibir la desaminación aumentan la norepinefrina y normetanefrina	Aumento
Antidepresivos tricíclicos	Antidepresivo	Inhiben la absorción celular de la norepinefrina, aumentan la normetanefrina	Aumento
Anfetamina	Estimulante	Inhibe la absorción celular de la norepinefrina, aumenta la normetanefrina	Aumento
Terapia electroconvulsiva	Contrarresta la depresión	Aumenta la descarga de norepinefrina de las neuronas cerebrales, aumenta la normetanefrina	Aumento
Reserpina	Causa depresión	Agota la norepinefrina (con desaminación intracelular)	Disminución

Origen de la tabla: Modificación de Schildkraut y cols. Am. J. Psychiat, 124:600-608, 1967.

El tratamiento, tal como lo refieren Calderón; Contreras y otros autores, es muy difícil que les llegue a los niños en condiciones marginales y de orfandad, dadas sus circunstancias, por tal motivo se propone un tipo de terapia alternativa.

Los grupos de autoayuda. Éstos son grupos que se autogobiernan, cuyos miembros comparten una inquietud común y se dan mutuamente apoyo emocional o ayuda material, sin cobrarse honorarios. Estos grupos conceden un valor especial al conocimiento que se deriva de la experiencia en la creencia de que proporciona una comprensión privilegiada de una situación dada. Además de proporcionar apoyo para sus miembros, muchos de estos grupos se encuentran comprometidos en tareas y programas de prevención primaria en sus comunidades.

Son útiles e importantes porque en estos grupos las personas se ayudan mutuamente. De este modo el rol del que ayuda se distribuye ampliamente y facilita el estar abierto a recibir ayuda. Tanto el que da ayuda como el que la recibe se reconocen como personas vulnerables, en ocasiones afectadas por un mismo problema o situación, lo que les facilita alcanzar una mayor empatía y comprensión interna del problema, que a su vez conduce a relaciones de ayuda más efectiva.

Porque la ayuda se da y se recibe de un contexto favorable en el que se valoran la compañía, el afecto, la cercanía y las relaciones interpersonales, honestas y profundas. Gómez, (1999). Haría falta una persona que coordine éste grupo, si es que se implementa.

Existen programas en DIF municipal, para menores en riesgo, quienes pueden trasladarse al lugar donde los niños viven.

En el municipio, existe un grupo de religiosas católicas, que se dedican a llevar a las personas que así lo requieren ayuda emocional y espiritual, ellas tienen conocimiento de programas para niños, como son terapias constructivas, psicodramas etc. y periódicamente recorren las comunidades marginales. Recomendarlos con ellas sería la opción más favorable para estos niños.

3.5 GRUPOS DE RIESGO

Williams y col. 1990 (citado en Contreras y col.1994), concluyeron que entre los factores de riesgo predisponentes a la depresión infantil se incluyen el sexo, la depresión materna y el estado marital de los padres. Los niños propensos a la cefalea tienen una mayor tendencia a sentirse apenados, somatizan con mayor frecuencia la ansiedad y en general sus expectativas familiares son pobres. La gravedad de sus síntomas se relacionan con niveles elevados de ansiedad, perfeccionismo y presencia se hechos cotidianos estresantes.

Billings y col 1983 (citado en Contreras y Cols.1994), Hicieron comparaciones entre los hijos de padres deprimidos con aquellos de padres sin enfermedad afectiva. En general, la presencia de padres con trastornos psiquiátricos representa un factor de riesgo que incrementa la vulnerabilidad de los niños para presentar algún tipo de psicopatología. Los hijos de padres deprimidos tienen con mayor frecuencia depresión y ansiedad, así como trastornos somáticos, problemas conductuales y dificultades en sus relaciones interpersonales que los hijos de padres no deprimidos.

Si es cierto que existe una patología familiar, ésta puede actuar de diversas formas; Poznanski y Zrull (Ajuriaguerra 1989), admiten que en estas familias pueden existir tres tendencias mayores que pueden influenciar la conducta del niño: 1) incidencia elevada de depresiones en los padres puede ser una fuente de depresión para el niño, basada especialmente en la identificación con los padres; los padres pueden utilizar la depresión en forma defensiva o los niños pueden manifestarse en forma depresiva ya que no descargan su tensión en juegos agresivos. 2)Una dificultad para manejar su agresión y la hostilidad: sea agresión dirigida por los padres contra el niño como objeto impotente, sea padres deprimidos inalcanzables para el niño. 3) Un rechazo por los padres manifiesto.

Los niños que padecen una reacción depresiva crónica presentan una historia de adaptación social premórbida marginal; han sufrido episodios depresivos en el pasado y una historia de numerosas separaciones y pérdidas de objeto durante su vida anterior, sobre todo en la primera infancia. Son niños pasivos y dependientes. Cytryn y McKnew, (Ajuriaguerra 1989) tal es el caso de los niños y niñas huérfanos involucrados en este estudio. Son niños que viven con carencias económicas, no tienen acceso a una alimentación adecuada a sus necesidades de desarrollo, habitan en condiciones higiénicas precarias,

no pueden costear los gastos que implica la escolaridad y requieren trabajar a temprana edad. Casillas (1981); al respecto un estudio realizado por Anderson y Niemi (1979), (citado en Casillas, 1981), sostiene que los niños que han sufrido constantes fracasos durante sus primeras experiencias escolares tienden a desarrollar un fuerte sentimiento de inseguridad en sí mismos. Esto se manifiesta en su temor a la escuela cuando son niños, y en su escasa motivación para aprender y trabajar en la edad adulta. Tal es el caso de los niños de la comunidad marginada y huérfanos de padre y madre protagonistas de este estudio.

Los modelos socioambientales se han centrado en los acontecimientos vitales negativos que pueden influir en la aparición de los síntomas de la depresión Miller, Birnbaum y Durbin, 1990, (citado en Jiménez) Las personas deprimidas o que más tarde cumplen los criterios para la depresión informan de más acontecimientos estresantes que los no deprimidos. A nivel global, los acontecimientos estresantes aparecen relacionados con la depresión infantil, Mullings, Siegel y Hodges, 1985, (citado en Jiménez). Un acontecimiento que aparece relacionado con la depresión en la infancia es la pérdida de los padres.

El pequeño con enfermedad crónica, historia de traumatismo severo, hospitalizaciones múltiples, privación, pérdida o separaciones y abuso físico y emocional, constituyen un evidente factor de riesgo de una depresión seria. Del mismo modo es importante conocer cómo se comporta el niño en la escuela, ya que fracasos repetidos en sus estudios pueden ser atribuidos a un trastorno psiquiátrico subyacente o contribuir a éste. Calderón, (1998). Los niños de nuestro estudio han sufrido pérdidas tempranas, no tienen muy buenas relaciones sociales en la escuela y han acumulado múltiples fracasos en sus estudios. Son niños y niñas huérfanos, que viven en comunidad marginada, en situación de pobreza extrema.

CAPITULO CUARTO

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

El problema planteado se resume en las siguientes preguntas de investigación:

¿Presentan depresión los niños que se han quedado huérfanos de padre y madre a temprana edad y viven solos en situación de pobreza extrema dentro de una comunidad marginada en el Estado de Hidalgo?

La pérdida de la madre y padre durante los primeros años se cuenta como un importante antecedente en un número significativo de desórdenes psiquiátricos y aparece aún con más frecuencia en aquellos pacientes con desórdenes depresivos, Boom, (1989); por tal motivo se intenta contestar la siguiente pregunta.

¿Cómo repercute en la vida de estos niños la muerte de sus padres?

Se procedió a investigar qué sucede con estos niños en particular para efectuar un diagnóstico y otorgar un tratamiento adecuado.

Para poder efectuar un diagnóstico, en éste caso Depresión, se analizaron temas como; Marginación Social, la Función Psicológica de la Familia: función de los padres, función del padre, la madre y los hermanos. Los Procesos Psicológicos del niño Huérfano: autoestima y autoconcepto. Depresión Infantil: diferentes enfoques de la depresión infantil, síntomas, causas, tratamiento y grupos de riesgo.

OBJETIVO

“Detectar rasgos depresivos en los niños huérfanos de padre y madre, que viven solos en una comunidad marginada en el Estado de Hidalgo”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Explorar por medio de técnicas psicológicas, las características de personalidad, rasgos depresivos, en un grupo de niños huérfanos entre 8 y 14 años, no institucionalizados.

HIPÓTESIS:

H: Dado que los niños en estudio sufrieron pérdida de sus padres a temprana edad, y quedaron solos en condición de pobreza extrema, se espera que presenten síntomas depresivos.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Depresión infantil

Niños Huérfanos

VA rasgos depresivos

VI 8 niños huérfanos de la muestra entre 8 y 14 años de edad.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El tipo de muestra es intencional, se trabajará con 10 niños huérfanos de entre 8 y 14 años, que viven solos en una comunidad marginada en el Estado de Hidalgo. Celina, Armando, Benja y Andy son hermanos, perdieron a su padre y a su madre a causa de tuberculosis cuando ellos eran muy pequeños y quedaron solos. Celina tenía tuberculosis y se hizo cargo de sus hermanos pequeños junto con Pancho el hermano mayor que sólo tenía 14 años. Ellos viven en situación de pobreza extrema, no asisten a la escuela, no saben leer ni escribir, y habitan en una comunidad marginada en el estado de hidalgo.

Georgina, Remmy, Yomira, Guera y Vero son hermanos, ellos sí tienen papá, es alcohólico y no trabaja, perdieron a su madre cuando eran muy pequeños y al igual que Celina y sus hermanos, Georgina la mayor se hizo cargo de sus hermanitos. Ellos son primos entre sí y vecinos. también viven en situación de pobreza extrema en la misma comunidad. Sus experiencias de vida son muy parecidas ya que todos tienen que luchar por la subsistencia diaria y para ello se han organizado de tal forma que los hermanos mayores trabajan en lo que pueden y las hermanas mayores cuidan de los más pequeños y los alimentan como pueden.

TIPO DE ESTUDIO: Exploratorio, como menciona Hernández Sampieri (1991), el objetivo es examinar un problema de investigación poco estudiado, o que no ha sido abordado antes y además será un estudio de casos.

INSTRUMENTOS:

Entrevista personal.

Cuestionario:

Escala De la Depresión Infantil (Lang M. Y Tisher M. Madrid 2000)

Se puede aplicar a niños entre 8 y 16 años; está conformado por 66 ítems que exploran los factores relacionados con Depresión; se agrupan en dos escalas:

Escalas de depresión:

RA Respuestas afectivas (reactivos 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58)

PA Problemas sociales (reactivos 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59.)

AE Autoestima (reactivos 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52..)

PM Preocupación por la muerte- salud (reactivos 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53.)

SC Sentimientos de culpabilidad (6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61,)

DV Otros síntomas depresivos (reactivos 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 66.)

ESCALAS POSITIVAS:

AA Animo alegría (reactivos 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57)

PV Positivos varios (reactivos 8, 16, 24, 32, 42, 48, 56, 63, 64, 65.)

Los ítems de cada escala son mutuamente excluyentes. La administración de la prueba puede ser individual y colectiva. Se pide al niño que los clasifique de acuerdo con otros cinco rótulos que colocados en este orden contiene la escala: Muy de acuerdo- de acuerdo, no estoy seguro, en desacuerdo- muy en desacuerdo. Estos formatos tienen la ventaja de que el niño presta la atención a cada ítem sin involucrarse con el anterior.

Calificación: La puntuación va de 5 a 1, para cada uno de los reactivos. Para obtener el puntaje crudo de cada sub-escala, se suma el puntaje obtenido de los reactivos que la conforman.

El CDS puede ser considerado una buena escala por abarcar una amplia gama de síntomas que pueden estar presentes en el niño afectado por la depresión. La consistencia interna es de 0.91 y 0.69 lo cual permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de consistencia interna. El CDS ha sido validado en población australiana, española y mexicana.

(Contreras, Lara, Gutiérrez, 1995), concluyen que el CDS es una prueba sensible a la pequeña muestra estudiada de niños mexicanos, lo que sugiere aplicar el estudio a una muestra mayor, pero que además incluya la evaluación de las actitudes y el estado afectivo de los padres y de los maestros. La prevalencia de la depresión en esta muestra se asemeja a la indicada por los autores, y parece existir variaciones en la susceptibilidad a diversas contingencias relacionadas con el desarrollo de estados depresivos, cuyas manifestaciones pueden quedar delimitadas por la edad.

PROCEDIMIENTO:

Una vez localizados los niños y detectado el lugar donde viven, se realizó una investigación-intervención, la cual duró aproximadamente año y medio.

Durante ese tiempo, la intervención consistió en visitar a diario a los niños, ya que se detectó que una de ellas tenía tuberculosis y se

procedió a darle tratamiento médico. Para esto se formó un equipo multidisciplinario que se conformaba de: un médico, dos enfermeras una trabajadora social y yo como psicóloga.

En el desarrollo de las entrevistas individuales, se les aplicó el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Ya que los niños no sabían leer ni escribir, se les leyeron las preguntas para que ellos eligieran las respuestas. Como se detectó en los resultados del cuestionario CDS y en su historia de vida que todos los niños padecían fuertes problemas emocionales que podrían cursar en depresión, se procedió a otorgarles tratamiento: éste consistía en terapia de juego. Motivación: se platicaba mucho con ellos, enseñándoles hábitos de higiene y limpieza, ya que ellos los desconocían por completo, pues los encontramos con sus caritas negras de mugre en la primera visita. Se les habló del baño diario y sus beneficios, el corte de cabello, la limpieza de su ropa, se les ayudó a pintar su casa y se les reintegró a la escuela.

RESULTADOS:

Los datos se analizaron de acuerdo a las escalas del Cuestionario de depresión para Niños. M. Lang y M. Tisher (2000).

Total depresivo, con seis subescalas: RA, respuestas afectivas, alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto. PS. Problemas sociales se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño. AE, autoestima, se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor. PM, preocupación por la muerte, salud, alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte. SC, sentimientos de culpabilidad, se refiere a la autopunición del niño. DV, depresivos varios cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Positivo, con dos subescalas:

AA, Animo alegría en el polo apuesto de la depresión, alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o su incapacidad para experimentarlas. PV, positivos varios en el polo opuesto de la depresión. Incluye aquéllas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento.

Las puntuaciones decápitos constituyen una escala típica de diez puntos (media = 5.50, desviación = 2), que puede ser fácilmente comprendida por el público en general. En los decápitos centrales (5y6)

comprendida por el público en general. En los decápitos centrales (5y6) queda comprendido el 40 por ciento medio; si el alejamiento de la media fuese algo mayor, dentro de los decápitos 4,5,6,7, se encuentran los dos tercios (en realidad 68.26 por ciento) de una distribución, lo cual se considera el grupo promedio; los decápitos 2-3 y 8-9 indican una gran desviación de la media, y , por último, los decápitos 1 y 10 son valores extremos; todas estas posiciones se entienden de modo relativo a la población específica sobre la cual se realizó la especificación.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante el uso de la plantilla de corrección aplicada a la hoja de respuestas, es fácil buscar en la tabla la columna correspondiente a la escala o subescala a interpretar. En cada columna se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará: la puntuación centil en la primera columna de la izquierda y la puntuación decápito en la columna de la derecha de la tabla.

Las puntuaciones directas obtenidas en el CDS por un sujeto o grupo que ha sido definido dentro de un determinado grupo clínico, puede interpretarse acudiendo al uso de:

1.- Un baremo de población general normal.

2.- Un baremo específico del mismo grupo clínico.

En el primer caso el psicólogo clínico espera un perfil de alijamientos (valles y crestas) característicos del determinado grupo clínico al que pertenece el sujeto y la cuantía de esos alejamientos le indicará la gravedad o mejoría del examinado. Utilizando un baremo general se pueden comparar sujetos o grupos, de igual o distinta nosología clínica, puesto que la base comparativa es la misma. (una supuesta normalidad).

En el segundo caso (baremo específico elaborado con una muestra claramente definida dentro del grupo clínico), bastará un perfil horizontal obtenido con puntuaciones directas iguales a los promedios para señalar la pertenencia del sujeto a ese grupo clínico: pero un perfil bajo no indicará necesariamente la inexistencia de problemas depresivos, puesto que el perfil puede resultar medio o alto si se emplea un baremo específico de otro grupo clínico distinto del anterior.

Este segundo enfoque exigiria disponer de varios baremos específicos para diagnosticar un caso que se presenta por primera vez, y tenerlos a mano en las distintas fases del tratamiento para conocer las posibles derivaciones que vaya teniendo el problema (no siempre o directamente hacia la normalidad).

La muestra empleada en el estudio de la salud mental ha facilitado la elaboración de unos baremos específicos con 682 niños de ambos sexos de 8º.

En el margen izquierdo de estos baremos se ha introducido la escala de centiles descrita anteriormente. En el margen derecho se ha empleado la escala típica de puntuaciones "S" que permite mayor dispersión que la escala de decápitos usada en la tabla 10; su media se sitúa en el valor 50 y tiene una desviación típica de 20 puntos; por lo tanto, el grupo promedio (el que corresponde a los dos tercios de una población estadísticamente normal) indicado en un apartado anterior, se encuentra entre las puntuaciones "S" 30 y 70.

A este análisis se le agregó uno más cualitativo donde se incorporó información de la investigadora, por las observaciones y experiencias de campo de acuerdo al seguimiento dado.

En forma de Re-test, se aplicó la Versión Mexicana de las autoras: Cruz, Morales (1996), y al comparar los resultados dados en percentiles, se observó que correspondían a la versión anterior y se procedió a la interpretación de la prueba de acuerdo a esta versión.

En la versión mexicana se usan percentiles para interpretar las puntuaciones directas.

Las puntuaciones percentiles indican el tanto por ciento del grupo normativo a que el sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas para cada subescala aplicada a la hoja de respuestas, es fácil buscar en la tabla correspondiente a la escala o subescala a interpretar.

En cada columna se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará su percentil.

**"Y el que acogiere a un niño como éste, en nombre mío, a mí me acoge"
Mateo 18, 5**

CAPITULO QUINTO

ESTUDIO DE CASOS

A continuación se reportará cada uno de los casos elegidos, considerando para cada uno los siguientes puntos: descripción de los niños, historia de desarrollo, análisis de la escala del CDS, interpretación de la prueba y conclusión.

En el año 2000, alguien reporta a DIF Municipal, donde yo trabajaba, unos niños y niñas huérfanos que viven solos en una comunidad marginada perteneciente al Municipio de Atotonilco en el Edo. de Hidalgo.

La casa donde viven está situada en una loma, a la que se llega por una vereda entre el monte y al lado de una cantera que pertenece a un cementera. Del lugar donde viven los niños al centro de la comunidad donde está la escuela y una capilla, son como dos kilómetros aproximadamente.

La casa tiene tres cuartos, de los cuales en uno duermen las niñas y en el otro los niños, en medio hay un comedor. Tiene un patio grande de cemento rodeado de plantas que ellos cuidan. Carece de baño y cocina. En el patio han adaptado una cocina con un fogón que alimenta con leña y un tambo donde guardan el agua, detrás de unas láminas, se pueden bañar.

No tienen luz ni drenaje y sí hay agua potable.

En Sistema DIF Estatal, el Dpto. jurídico valoró la situación de los niños dando prioridad a la salud de Celina, que tenía tuberculosis y debía permanecer aislada. Para que no se rompieran los lazos fraternos, ya que en una casa hogar tendrían que separarlos por sexo y edad y ya no se volverían a ver nunca, se determinó que siguieran viviendo como hasta la fecha lo venían haciendo.

Además, se otorga atención médica, psicológica y social.

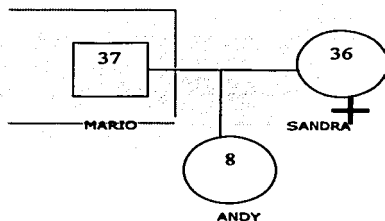
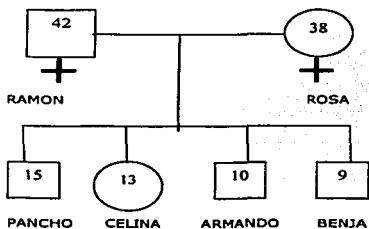
El plan de trabajo consiste en visitarlos en su casa diariamente, conjuntando esfuerzos de DIF Municipal y SSA. Se necesitaba visitarlos a diario para asegurarse que Celina tomara su medicamento y diera resultado el tratamiento ya que su papá murió de tuberculosis por no seguir adecuadamente las instrucciones del médico. En cuanto se sintió mejor, dejó de tomar el medicamento y después ya nada se pudo hacer.

Se acordó turnarse cada día un médico, dos enfermeras, psicóloga y trabajadora social.

El tratamiento duró un año en el que se les otorgó atención integral. Se les proporcionaba despensa y ropa, así como medicamentos y exámenes de laboratorio.

Se llevó a registrar a todos los niños al poblado más próximo, ya que no se encontraron las actas de nacimiento y se reintegraron los más pequeños a la escuela.

FAMILIOGRAMA:



Pancho, Celina, Armando y Benja son hermanos y fueron a vivir a la casa de Andy y sus padres cuando el papá de éstos vendió su casa. Andy es prima de ellos, y quedó al cuidado de su tío y primos cuando murió su mamá y su papá huyó. Poco después el Sr. Enfermó gravemente de tuberculosis y a falta de cuidados murió dejando a los niños en el más completo desamparo.

Georgina Remmy Yomira Guera y Veros

También son hermanos, ellos viven en una casita en la misma loma muy cerca de la casa de Celina y sus hermanitos y también son primos entre sí. Su casa tiene solo dos cuartos techados con láminas, no tiene cocina ni baño y ningún servicio, tampoco agua potable. Georgina la tiene que acarrear desde la tubería que pasa por la casa vecina. El papá vive con ellos, como ya decíamos anteriormente es alcohólico y no se hace cargo. Sólo se hace presente para entorpecer las labores que queremos realizar con los niños. Es una persona como de 45 años moreno, delgado, viste pantalón blanco y camisa desabotonada, botas raspadas; cabello negro al hombro, desaliñado, usa un sombrero blanco, viejo y sucio. La mamá murió hace como un año y los niños no asisten a la escuela, no saben leer ni escribir, carecen de hábitos de higiene y comen nopales y frijoles o lo que Georgina pueda darles.

Identificación del caso:

Nombre: Celina

Edad 14 años

Escolaridad: no asistió a la escuela

Ocupación: hogar

Religión: católica

Descripción de la niña:

Celina es delgada, estatura adecuada para su edad; cabello negro, largo bien peinado, ojos cafés. Viste pantalón, sudadera y tenis viejos.

Su aspecto es agradable, la mirada es triste y tiende a mirar al piso cuando le hablan o cuando responde.

Historia de desarrollo:

Ella recuerda que iba a la escuela, sólo fue unos días y se salió por cuidar a sus hermanitos más pequeños, no aprendió a leer ni escribir.

Ella ocupa el segundo lugar entre 5 hermanos.

No sabe exactamente cuantos años tiene, ni su fecha de nacimiento porque dice que el maestro tiene las actas de nacimiento de ella y sus hermanos.

Cuando Celina tenía nueve años, murió su mamá. Ella no habla de esto, dice que no sabe de qué falleció, mira al suelo y guarda grandes silencios.

Su papá le enseñó a hacer tortillas, sopa, frijoles y chile así como nopales.

En 1999, el papá de Celina murió de tuberculosis dejando a la niña y sus hermanitos en el más completo desamparo y así, a los 12 años se convirtió en "mamá" de los niños de 8,6 y 5 años y su hermano Pancho, que sólo tenía 14 años, pasó a ser el "papá".

Celina cuidó a su papá durante el tiempo que duró su enfermedad, y se contagió.

Cuando se les planteó ir a vivir a una casa-hogar, no quiso, dijo que lo iba a platicar con su hermano Pancho y su respuesta fue un no rotundo, tuvo mucho miedo de perder a sus hermanitos y dijo que no los dejó cuando ellos eran muy pequeños y que ahora que ya los había sacado adelante, que ya estaban más grandes, no los iba a perder, que los quería mucho, como a sus hijos, pues siempre los había cuidado y tomó la decisión de seguir haciéndose cargo de ellos a pesar de que le explicamos lo difícil que iba a ser para ella, pues a partir de entonces les íbamos a exigir hábitos de limpieza y orden para todos.

Ella lava su ropa y la de sus hermanos, hace de comer y arregla la casa. No se reintegró a la escuela, pues debía permanecer aislada y con tapa-boca hasta que el médico lo indicara.

Celina hizo su mayor esfuerzo, se comportaba dócilmente, tomaba sus medicamentos y atendía a todas las indicaciones bajando la cabeza y siempre mirando al piso.

No le gustaba usar tapa-boca y corría a ponérselo cuando escuchaba a lo lejos los motores del auto que nos trasladaba. Decía que le daba gusto que la visitáramos.

En el año 2001 los médicos la dieron de alta, su tratamiento había terminado y ahora vive con unos tíos y su familia, sigue atendiendo a sus hermanitos y comenta con tristeza que se sentía mejor cuando vivían solos en la otra casa porque ahora sus tíos la molestan mucho, que trabaja más y la regañan para que haga las cosas y que no se siente feliz.

Agosto 2002, Celina sigue viviendo con sus tíos y hermanitos, pero comenta que pronto se cambiarán de casa, que una empresa compró todos los terrenos y casas del ejido, que les pagaron por ellas muy poco dinero y ya lo gastaron, que esto fue hace como cuatro años y ahora les están pidiendo que desalojen y no tienen a dónde ir.

Su prima Georgina me comentó que Celina tiene 4 meses de embarazo, cuando le pregunto, Celina agacha la cabeza y lo niega, pero acepta que tiene un novio de 28 años de edad, y no revela su identidad, al preguntarle si sabe como evitar embarazarse, contesta "sabrás Dios". Asegura que ya se adaptó a vivir con sus tíos, que ahora sólo cuida de sus hermanitos y se siente contenta. Ahora ya tiene 17 años.

PRUEBAS APLICADAS

Escala de la depresión infantil CDS Lang M y Tisher

Resultado de la Prueba:

MUESTRA TOTAL

ESCALA DEPRESIVA

RESPUESTAS AFECTIVAS:

En el centil 95; arriba de la media Celina reacciona en forma melancólica, triste, con ganas de llorar e ideas de muerte, presenta cambios en el estado de ánimo.

PROBLEMAS SOCIALES:

centil 85; arriba de la media, Tiene dificultades personales que la limitan en la interacción con los demás, afectando sus sentimientos puesto que percibe que es incomprendida y poco amada.

AUTOESTIMA

En el centil 75 se encuentra en la media de la población.

PROBLEMAS DE MUERTE:

centil 70; arriba de la media: alude al cansancio físico, a la falta de motivación.

Falta de interés por el medio ambiente.

SENTIMIENTOS DE CULPA:

En el centil 50 se ubica dentro de la media.

DEPRESIVOS VARIOS:

centil 60; en la media. Estado emotivo de seguridad y suficiencia, con sentimientos de alegría.

ESCALA POSITIVA:

ANIMO ALEGRIA:

centil 99; Debajo de la media: el estado de ánimo de infelicidad, con sentimientos y emociones correspondientes al contenido de pensamientos negativos y actitud de miedo, cólera y vergüenza.

POSITIVOS VARIOS:

Centil 70; Manifiesta displacer por las cosas que hace.

ESCALA TOTAL

TOTAL POSITIVO:

centil 95 debajo de la media: Estado emocional vagamente definido, caracterizado por actitudes negativas, hacia ella, su miedo y hacia los demás, inseguridad en sus capacidades y actitudes llevándola al aislamiento, indiferencia y sumisión.

TOTAL DEPRESIVO:

centil 83, arriba de la media: Aparición de sentimientos de culpa, de tristeza, reducción de energía, falta de motivación y pérdida general del interés.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA:

Celina reacciona en forma melancólica, triste, con ganas de llorar, presenta cambios en el estado de ánimo. Tiene dificultades personales que la limitan en la interacción con los demás, afectando sus sentimientos puesto que percibe que es incomprendida y poco amada; alude al cansancio físico, a la falta de motivación e interés por el medio ambiente. Aunque algunas veces tiene sentimientos de alegría, su estado de ánimo en general es de infelicidad, con sentimientos y emociones correspondientes al contenido de pensamiento negativos y actitud de miedo, cólera y vergüenza. Manifiesta displacer por las cosas que hace.

Estado emocional vagamente definido, caracterizado por actitudes negativas, hacia ella, su medio y hacia los demás, inseguridad en sus capacidades y actitudes llevándola al aislamiento, indiferencia y sumisión.

Aparición de sentimientos de culpa, de tristeza, reducción de energía, falta de motivación y pérdida general de interés.

DIAGNOSTICO: Depresión.

Ficha de Identificación.

Nombre: BENJA

Edad: 11 años

Sexo: masculino

Escolaridad: 2º de primaria

Religión: Católica

Descripción del niño:

Benja es delgado, ojos color almendra, cabello claro, piel dorada por el sol. Su semblante es alegre, agradable. Viste pantalón de mezclilla, camiseta y tenis viejos.

Historia de desarrollo:

Benja anda siempre en bicicleta, cuando me ve sonríe. El es el hermano de Sandy. En la primera visita, jugaba con los perros junto con sus hermanitos, iba y venía de un lugar a otro.

El estuvo de acuerdo con Celina de quedarse a vivir allí, en esa casa de la loma. Dice que no tiene amigos, que solo juega con sus primos y hermanos. Cuando retiran los perros de su casa después de explicarle que están enfermos, que la sarna es contagiosa y ellos se pueden contagiar y no pueden vivir allí tantos animalitos y con su hermana enferma, él comprende la situación y acepta que se los lleven, pero se pone triste y dice que son de ellos porque allí nacieron.

Benja acepta regresar a la escuela, tiene que entrar a primer año pues tampoco sabe leer ni escribir.

Los maestros dicen que se sale de clases, que platica con todos, no lleva tarea, pierde sus cuadernos y lápices y falta mucho a clases. Sin embargo, sí pasa el año, de entre todos los hermanos es el único que lo hace.

Benja se siente mal en la escuela porque está con niños que no son de su edad.

Cuando está en su casa juega con sus hermanos y le ayuda a Celina a traer la leña.

Se muestra cooperativo en todo y prefiere no hablar, cuando se trata de que participe hace como que juega y se aleja.

A la hora del baño, ríe mucho y hace bromas, escoge la ropa que se va a poner y juega. Y así como un juego participa.

Resultado de la prueba:

BENJA: masculino, 9 años.

NORMAS MUESTRA TOTAL

ESCALA DEPRESIVA

RESPUESTAS AFECTIVAS:

centil 40: media: mantiene su interés, busca situaciones agradables.

PROBLEMAS SOCIALES:

centil 70: en la media.

AUTOESTIMA:

centil 50; media: sentimientos de amor hacia sí mismo y a todo lo que forma parte de él.

PROBLEMAS DE MUERTE:

centil 60; en la media.

SENTIMIENTOS DE CULPA:

centil 40; media: intenciones y actitudes adecuadas hacia él, confianza en sí mismo.

DEPRESIVOS VARIOS:

centil 50; media: Estado emotivo de seguridad y suficiencia con sentimientos de alegría y aceptación.

ESCALA POSITIVA

ANIMO ALEGRIA:

En el centil 45, se encuentra en la media.

POSITIVOS VARIOS:

centil 60 media.

ESCALA TOTAL

TOTAL POSITIVO

centil 55;

TOTAL DEPRESIVO:

centil 55; en la media

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA:

Benja; En el aspecto afectivo mantiene su interés, busca situaciones agradables, el aspecto social no le afecta y en su nivel de autoestima, mantiene sentimientos de amor hacia sí mismo y a todo lo que forma parte de él, así como confianza en sí mismo. Su estado emotivo es de

seguridad y suficiencia con sentimientos de alegría y aceptación. Aunque manifiesta displacer por las cosas que hace y eso lo conduce a un mal manejo de sus emociones, con sentimientos de tristeza y falta de motivación.

DIAGNÓSTICO

No se observa depresión, pero si un mal manejo de sus emociones.

Ficha de Identificación

Nombre: Andy

Edad : 8 años

Sexo: femenino

Escolaridad: 1º año

Religión: Católica

Descripción de la niña:

Andy es pequeña, delgada, como que le falta peso para su edad, tiene ojos almendrados así como cabello trigueño y piel clara.

Su semblante es triste, callada. Observa todo y va de un lado para otro. No se ha bañado ni peinado desde hace varios días y tiene el cabello enredado; la cara, las manos y los pies sucios, tan sucios que se ven negros; así como su vestido. Anda descalza.

Historia de desarrollo:

La mamá de Andy murió cuando la niña tenía tres años. La señora estaba embarazada cuando el esposo la golpeó, a consecuencia de esto tubo amenaza de aborto y como en la comunidad donde viven no hay médico, ni transporte, por falta de atención falleció junto con su bebé. El papá huyó y no se sabe nada de él. Andy presenció todo y a partir de ese día quedó al cuidado de Celina, que la quiere como si fuera su hija; pero en realidad es hija del hermano de su papá.

Andy va y viene de un lugar a otro, por el patio de su casa; juega con tierra, entra y sale. Abraza a un perro y besa a otro y dice que son sus hijos.

Escucha cuando hablo con Celina de la conveniencia de que vayan a vivir a una casa hogar, de que estén bien atendidos, limpios y alimentados sin que ella tenga que preocuparse tanto por la comida, y sin decir nada, entra a su casa, se cambia el vestido, lava su cara y sale con un peine desenredando su cabello. Ella no quiere irse y de esta manera lo expresa.

Al parecer, la niña no recuerda a sus padres y ve en Celina a su pequeña mamá, aunque no la obedece.

Va con gusto a la escuela y cuando nos ve llegar corre a ver que le traemos. Le gustan los dulces y chocolates y los come apresuradamente para que le demos más.

Al igual que sus hermanos, le cuesta trabajo asistir diario a la escuela, poner atención, se sale de clases no hace tarea, rompe sus cuadernos, pierde su lápiz y llora cuando sus compañeros le dicen..“ejele, tu papá mató a tu mamá”.

Agosto 2002. Andy ya tiene 9 años y pasó a tercero, dice contenta que ya sabe leer y escribir un poco y que tiene una beca en la escuela. Andy está físicamente muy pequeña para su edad, y ya se presenta más aseada.

Resultado de las Pruebas:

ESCALA DEPRESIVA

RESPUESTAS AFECTIVAS:

centil 96; arriba de la media: reacciones de melancolía, tristeza, ganas de llorar.

Presenta cambios en el estado de ánimo debido a influencias exteriores.

PROBLEMAS SOCIALES:

centil 97; arriba de la media: presenta dificultades personales que la limitan en la interacción con los demás, sus cambios de conducta alteran de modo importante las relaciones propias con los demás, afectando sus sentimientos puesto que percibe que es incomprendida y poco amada.

AUTOESTIMA:

centil 60, media,

PROBLEMAS DE MUERTE:

centil 97, muy por arriba de la media: alude al cansancio físico, a la falta de motivación y a la sensación o fantasía de muerte, falta de interés por el medio ambiente, sueños y fantasías de él en relación con su salud.

SENTIMIENTOS DE CULPA.

centil 80, arriba de la media: son sentimientos de pesar por la disminución de méritos, por lo que hay una culpa imaginaria ya que siente que ha defraudado a sus padres y debe ser castigado por esto, sintiendo que no debe ser apreciado y valorado por los demás.

DEPRESIVOS VARIOS:

Se encuentra en la media en el centil 70.

ESCALA POSITIVA

ANIMO ALEGRIA:

centil 85; arriba de la media: el estado de ánimo de Andy es de infelicidad, con sentimientos emociones correspondientes al contenido de pensamientos negativos y actitud de miedo, cólera y vergüenza.

POSITIVOS VARIOS:

centil 99; manifiesta displacer por las cosas que hace, siente que no corresponde a sus padres, puesto que no existe una relación con ellos, y le conduce a un mal manejo de sus emociones.

ESCALA TOTAL

TOTAL POSITIVO

centil 99; estado emocional vagamente definido, caracterizado por actitudes negativas hacia sí misma, su medio y hacia los demás, inseguridad en sus capacidades y actitudes llevándola al aislamiento, indiferencia y su misión.

TOTAL DEPRESIVO:

centil 95; arriba de la media: la tendencia a la elevación del puntaje, indica la aparición de sentimientos de culpa, en este caso se hacen

notables los sentimientos de tristeza, la reducción de la energía, la falta de motivación y la pérdida general del interés, al igual que la lntificación del pensamiento, sentimientos de inseguridad, de pesimismo hacia las propias actividades, las capacidades y las metas, convirtiéndose entonces la autocrítica en el fundamento de una actitud derrotista y aprehensiva.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA

En el aspecto afectivo, Andy reacciona con melancolía, tristeza, ganas de llorar. Presenta cambios en el estado de ánimo, debido a influencias exteriores. En cuanto a lo social, presenta dificultades personales que la limitan en la interacción con los demás, sus cambios de conducta alteran de modo importante las relaciones propias con los demás, afectando sus sentimientos puesto que percibe que es incomprendida y poco amada.

Alude al cansancio físico, a la falta de motivación y a la sensación o fantasía de muerte, así como falta de interés por el medio ambiente, y sueños y fantasías de él en relación con su salud.

Mantiene sentimientos de pesar por la disminución de méritos, por lo que hay una culpa imaginaria y debe ser castigada por eso, sintiendo que no debe ser apreciada y valorada por los demás.

El estado de ánimo de Andy es de infelicidad, con sentimientos y emociones correspondientes al contenido de pensamientos negativos y actitud de miedo, cólera y vergüenza.

Manifiesta displacer por las cosas que hace, siente que no corresponde a sus padres, puesto que no existe una relación con ellos, y le conduce a un mal manejo de sus emociones.

Estado emocional vagamente definido, caracterizado por actitudes negativas hacia sí misma, su medio y hacia los demás; inseguridad en sus capacidades y actitudes llevándola al aislamiento, indiferencia y sumisión.

Aparición de sentimientos de culpa, se hacen notables los sentimientos de tristeza, la reducción de la energía, la falta de motivación y la pérdida general del interés, al igual que la lntificación del pensamiento, sentimientos de inseguridad, de pesimismo hacia las propias actividades, las capacidades y las metas, convirtiéndose entonces la autocrítica en el fundamento de una actitud derrotista y aprehensiva.

DIAGNOSTICO: Depresión.

Ficha de Identificación

Nombre : Georgina

Edad: 14 años

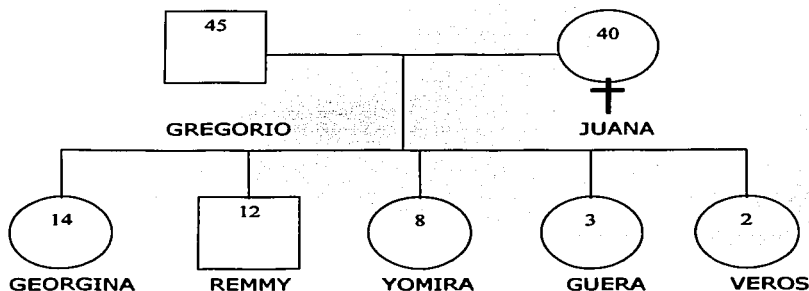
Sexo: femenino

Escolaridad: no asistió a la escuela

Ocupación: cuidar a sus hermanitos

Religión: Católica.

FAMILIOGRAMA:



Descripción de la Niña:

Georgina es morena, delgada, nariz recta, ojos cafés, cabello negro largo de estatura adecuada a su edad cronológica.

Viste pantalón de mezclilla, camiseta y zapatos negros. Evita mirar de frente, como que siempre se voltea para hablar o prefiere no hacerlo. Es tímida, callada.

HISTORIA DE DESARROLLO:

La historia de Georgina es muy parecida a la de Celina; ambas son primas, sus casas están muy cerca una de la otra y las dos cuidan a sus hermanitos desde que eran muy niñas.

La mamá de Georgina murió hace tres años, cuando ella tenía 11. Dice que no sabe de que falleció. En el pueblo se dice que de alcoholismo, aunque no se confirma el rumor.

El papá de Georgina vive y dicen que es alcohólico, Georgina lo niega, dice que su papá no toma, pero en el patio de su casa, colgada de un árbol, está la garrafa con pulque y el olor es muy fuerte.

Aparece Guera; de tres años, desnuda, sucia, despeinada, lloriquea y se cuelga de la blusa de Georgina, quien la levanta entre sus brazos y la besa. Guera es la hermanita de Georgina, pero ella la muestra con mucho cariño y dice que es como su hija.

Estos niños tampoco saben leer ni escribir, su papá apuntó las fechas de su nacimiento con sus nombres en la pared de su cuarto pero ya se han perdido porque está la pared ahumada y las letras encimadas.

Con estos niños el trabajo resultó ser más difícil, porque tienen un papá que nos dijeron era muy agresivo y no iba a permitir que nos acercáramos a ellos. Ya antes habían tratado de intervenir por ellos, maestros y vecinos mínimo para que los mandara a la escuela, sin lograr nada.

Así que las primeras visitas las hicimos la Trabajadora Social y yo en una patrulla y acompañadas por un policía. Primero para hablar con él y explicarle el plan de trabajo con sus hijos.

Después de varios días de pláticas el señor accedió a nuestros requerimientos.

Georgina estuvo de acuerdo en ir a la escuela, al principio no quería porque no tenía quien cuidara a su hermanita Güera mientras ella estuviera ausente. Así que una tía se hizo cargo de ella.

Georgina sólo fue pocos días a la escuela, porque le daba pena estar con niños tan pequeños para su edad y cuando llegaba a su casa estaba cansada y hambrienta y tenía que preparar la comida y hacer el quehacer.

A Georgina no le gusta lavar la ropa ni bañar a sus hermanas, andan siempre sucios y los esconde cuando voy a visitarlos diciendo que salieron a ver a su hermana mayor que está casada y vive en otra comunidad. Pero Georgina miente, los tiene escondidos porque le da pena o tiene miedo que los vea sucios.

Ella misma, parece traer limpia su ropa, pero no se baña y su cuello se ve negro.

Dice que ve a las chicas de su edad bonitas y que le gustaría ser como ellas.

Agosto 2002. Georgina ahora tiene 16 años de edad y 7 meses de embarazo. Primero me dice que su novio de 22 años se quiere casar con ella, pero que ella no lo quiere; agacha la cabeza y con mirada triste comenta después de media hora de plática, que el domingo anterior le fue a decir que tiene otra novia que también está embarazada y se la va a llevar a vivir con él.

El novio no le cree a Georgina que el bebé sea de él, porque cuando tenía un mes de embarazo se fue de su casa al D.F. a trabajar y al mes regresó y hasta entonces le dijo, y él no le cree que sea suyo, que quiere unos análisis. Ella asegura que solo ha estado con él. Y dice que le da mucha pena hablar de esto.

El aspecto físico de Georgina, es de cansancio, desgano, su cabello ahora bien peinado, está muy descuidado, con mucha orzuela. Georgina no sabe qué pasará, ya que tiene que cambiarse de casa pronto y no tienen a dónde ir.

**Resultado de las pruebas:
ESCALA DEPRESIVA.**

RESPUESTAS AFECTIVAS.

Centil 75 En esta subescala se encuentra ligeramente arriba de la media, no es significativo;

PROBLEMAS SOCIALES:

En el centil 85, Georgina tiene dificultades personales que la limitan en la interacción con los demás.

AUTOESTIMA:

centil 70 siente amor hacia sí misma.

PROBLEMAS DE MUERTE:

centil 80: alude al cansancio físico y se observa falta de motivación y de interés por el medio ambiente.

SENTIMIENTOS DE CULPA:

En el centil 50 se encuentra en la media.

DEPRESIVOS VARIOS:

centil 50 media su estado emotivo es de suficiencia con algunos sentimientos de alegría.

ESCALA POSITIVA

ANIMO ALEGRIA:

Se encuentra en el centil 95, muy por arriba de la media; con estado de ánimo de infelicidad, con sentimientos y emociones correspondientes al contenido de pensamientos negativos y actitud de miedo, cólera y vergüenza.

POSITIVOS VARIOS:

En el centil 93, arriba de la media, manifestando displacer por las cosas que hace.

ESCALA TOTAL:

TOTAL POSITIVO: En el centil 90 Estado emocional vagamente definido, caracterizado por actitudes negativas, hacia ella, su medio y hacia los demás, inseguridad en sus capacidades y actitudes llevándola al aislamiento, indiferencia y sumisión.

TOTAL DEPRESIVO:

centil 76 ligeramente arriba de la media, con sentimientos de tristeza y culpa, así como falta de motivación y pérdida de interés.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA

En el aspecto social, Georgina tiene dificultades personales que la limitan en la interacción con los demás, alude al cansancio físico y se observa falta de motivación y de interés por el medio ambiente. Su estado emotivo es de suficiencia con algunos sentimientos de alegría; aunque su estado de ánimo es de infelicidad. Manifiesta displacer con las cosas que hace.

Se observa en Georgina un estado emocional vagamente definido, caracterizado por actitudes negativas, hacia ella, su medio y hacia los demás, inseguridad en sus capacidades y actitudes llevándola al aislamiento, indiferencia y sumisión. Mantiene sentimientos de tristeza y culpa, así como falta de motivación y pérdida de interés.

DIAGNOSTICO: TENDENCIA A LA DEPRESIÓN

Ficha de identificación

Nombre: Remmy

Edad: 11 años

Sexo: masculino

Escolaridad: 1º año primaria

Religión: Católica.

Descripción del niño:

Remmy es un chico, delgado, ojos café, cabello negro, piel clara.

El como sus hermanos, no asistía a la escuela y sólo se dedicaba a jugar, sabe que su mamá murió pero no dice cómo.

Historia de Desarrollo:

El se la pasa jugando con sus primos, monta a caballo y en bicicleta y va por la leña. Se lleva bien con Georgina y es dócil y cooperativo.

Va y viene de un lugar a otro haciendo bromas y contesta a las preguntas de la entrevista y la prueba con gusto.

Él pasó a tercer grado y le dieron una beca de progresas.

Resultado de las Pruebas:

ESCALA DEPRESIVA

RESPUESTAS AFECTIVAS:

En el centil 80, arriba de la media .

PROBLEMAS SOCIALES:

centil 85; arriba de la media; dificultades personales que limitan a Remmy en la Inter-relacion con lo demás.

AUTOESTIMA:

centil 40; media: Amor hacia sí mismo y todo lo que forma parte de él.

PROBLEMAS DE MUERTE:

centil 15; debajo de la media: es optimista, con tendencia al entusiasmo, inquietud, estabilidad física con energía suficiente para realizar cualquier actividad.

SENTIMIENTOS DE CULPA:

centil 25; debajo de la media: intenciones y actitudes adecuadas hacia él, confianza en sí mismo mostrándose seguro, firme y decidido.

DEPRESIVOS VARIOS:

centil 50; media: Estado emotivo de suficiencia y sentimientos de alegría y felicidad.

ESCALA POSITIVA

ANIMO ALEGRIA:

centil 45 se encuentra en la media.

POSITIVOS VARIOS:

centil 75; media, no es significativo: tendencia a manifestar displacer por las cosas que hace, mal manejo de las emociones.

ESCALA TOTAL

TOTAL POSITIVO:

centil 65, Estado emocional vagamente definido.

TOTAL DEPRESIVO:

centil 30; se observa cierta tendencia a la aparición de sentimientos de culpa, con algunos sentimientos de tristeza.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA:

En el aspecto afectivo, Remmy tiene tendencia a reaccionar fácilmente a sus sentimientos y emociones. En el aspecto social, tiene dificultades personales que lo limitan a la interacción con los demás. Autoestima: se observa amor a sí mismo y todo lo que forma parte de él.

Remmy siente interés por el mundo externo que le rodea, es optimista, con tendencia al entusiasmo, inquietud, estabilidad física con energía suficiente para realizar cualquier actividad. Confianza en sí mismo mostrándose seguro, firme y decidido.

Su estado emotivo es de seguridad, suficiencia y sentimientos de alegría y felicidad, así como de aceptación; aunque se observa una tendencia a manifestar displacer por las cosas que hace y un mal manejo de sus emociones. Se observa también cierta tendencia a la aparición de sentimientos de culpa, con algunos sentimientos de tristeza.

DIAGNOSTICO: Problema emocional.

Ficha de Identificación

Nombre: Yomira

Edad: 8 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: 1º año primaria

Religión : Católica

Descripción de la niña:

Yomira es morena, cabello negro peinado al hombro; tiene ojos cafés, nariz recta.

Yomira es hermana de Gloria y René. Ella le ayuda en las cosas de la cocina, pero tampoco le gusta lavar su ropa ni bañarse. No se preocupa por su hermanita menor que anda siempre sucia. La ropa sucia la amontonan en una pila del lavadero, como escondida. Y pasa el tiempo jugando por allí con sus primos y con Remmy. Con él va a la leña.

A ella no le gusta acercarse ni platicar, al contrario va y se esconde cuando llegamos a verlos.

Cuando se le pide que dibuje, dice que no sabe hacerlo y le cuesta trabajo contestar a las preguntas del cuestionario.

Su aspecto es triste y se aleja. Dice que no sabe qué pasó con su mamá y que su papá está trabajando. Niega que su papá tome pulque ni cerveza.

Resultado de la Prueba:**ESCALA DEPRESIVA:****RESPUESTAS AFECTIVAS:**

centil 75; arriba de la media: reacciones de melancolía, triste, con ganas de llorar.

PROBLEMAS SOCIALES:

centil 50; media, establece relaciones interpersonales adecuadas y satisfactorias.

AUTOESTIMA:

centil 60; media: sentimientos de amor a sí mismo.

PROBLEMAS DE MUERTE:

centil 75; arriba de la media: alude a la falta de motivación y de interés por el medio ambiente.

SENTIMIENTOS DE CULPA:
centil 45, norma. No es significativo.

DEPRESIVOS VARIOS:
centil 55; media: Estado emotivo de seguridad y suficiencia.

ESCALA POSITIVA

ANIMO ALEGRIA:
centil 30; media: actitudes emotivas agradables, presencia de diversión y alegría, se siente a gusto con las cosas que hace.

POSITIVOS VARIOS:
centil 70, media, no es significativo.

ESCALA TOTAL

TOTAL POSITIVO:
centil 50, en la media. Actitudes positivas hacia ella.

TOTAL DEPRESIVO:
Centil 65, en la media.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA

En las respuestas afectivas tiene reacciones de melancolía, tristeza, con ganas de llorar. En el aspecto social; establece relaciones interpersonales adecuadas y satisfactorias, con sentimientos de amor a sí misma. Aunque alude a la falta de motivación y de interés por el medio ambiente, su estado emotivo es de seguridad y suficiencia con actitudes agradables, presencia de diversión y alegría, se siente a gusto con las cosas que hace.

Se observa tendencia a la aparición de sentimientos de culpa y tristeza.
DIAGNOSTICO: No se observa depresión, pero si un mal manejo de sus emociones.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Al analizar los resultados del (CDS) aplicado a éstos niños y niñas huérfanos que sufrieron la falta de sus padres a muy temprana edad y quedaron solos al desamparo y viviendo de la caridad, en condiciones de pobreza extrema encontramos lo siguiente:

Celina: reacción en forma melancólica, triste, con ganas de llorar.; presenta cambios en el estado de ánimo, tiene dificultades personales que la limitan en la interacción con los demás y percibe que es incomprendida y poco amada aunque algunas veces tiene sentimientos de alegría, su estado de ánimo en general es de infelicidad con sentimientos y emociones correspondientes al contenido del pensamiento negativos y actitud de miedo cólera y vergüenza. Manifiesta displacer por las cosas que hace.

Benja: Su estado emotivo es de suficiencia y seguridad, con sentimientos de alegría y aceptación. Aunque manifiesta displacer por las cosas que hace y eso le conduce a un mal manejo de sus emociones, con algunos sentimientos de tristeza y falta de motivación.

No se observa en él depresión, pero si un problema emocional por mal manejo de sus emociones.

Andy: reacciona con melancolía, tristeza, ganas de llorar. Cambios es el estado de ánimo. En lo social, dificultades interpersonales que la limitan en la interacción con los demás, afectando sus sentimientos. Alude al cansancio físico, a la falta de motivación y a la sensación o fantasías de muerte, así como falta de interés por el medio ambiente. Aparición de sentimientos de culpa, tristeza, reducción de energía, falta de motivación y lenticidad del pensamiento, sentimientos de inseguridad y pesimismo. Andy padece Depresión.

Georgina: Tiene dificultades personales que la limitan en la interacción con los demás, alude al cansancio físico y se observa falta de motivación y de interés por el medio ambiente. Su estado emotivo es de suficiencia, con algunos sentimientos de alegría, aunque manifiesta displacer por las cosas que hace. Georgina tiene Tendencia a la Depresión.

Remmy: Autoestima: Se observa amor a sí mismo y todo lo que forma parte de él, su estado emotivo es de seguridad, suficiencia y sentimientos de alegría y felicidad, así como de aceptación, también se observa una tendencia a manifestar displacer por las cosas que hace y un mal manejo de sus emociones, se observa también cierta tendencia a la aparición de sentimientos de culpa, así como algunos sentimientos de tristeza. Remmy padece un problema emocional que podría cursar en depresión.

Yomira: en el aspecto afectivo, reacciona con melancolía, tristeza, con ganas de llorar. En el aspecto social, establece relaciones interpersonales adecuadas y satisfactorias, con sentimientos de amor a sí misma. Aunque alude a la falta de motivación y de interés por el medio ambiente, su estado emotivo es de seguridad y suficiencia con actitudes agradables, presencia de diversión y alegría, se siente a gusto con las cosas que hace. Se observa tendencia a la aparición de sentimientos de culpa y tristeza. No se observa depresión, pero sí un mal manejo de sus emociones.

De acuerdo con Lang y Tisher (1978), los niños que vivieron experiencias negativas a lo largo de los primeros años de vida, son incapaces de controlar las situaciones y es posible que se conduzcan al desamparo y desesperanza, a los sentimientos de abandono, confusión y agobio que pueden conducirlos a la culpa, al enojo, a la falta de valía, o a la depresión. Son experiencias que distorsionan el desarrollo afectivo, que se incorporan al núcleo de la personalidad y que condicionan toda su conducta.

Calderón (1998), En las etapas del desarrollo, el cuidado materno es importante; si el niño no tiene una relación satisfactoria con la madre, podría volverse reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de su vida.

Tarde o temprano, el niño descubre que la madre y él, no forman parte de un todo. Con base en una clara diferenciación entre su propio ser y el mundo, el niño aprende a decir "yo" y comienza su autoafirmación. Cuando el niño no recibe el cuidado adecuado por parte de la madre, trata de evitar que ella se aleje, estableciéndose relaciones simbióticas entre niños y progenitores, las cuales podrían originar serios problemas psiquiátricos. Un joven sin padre tiende a desarrollar características pasivo-agresivas que lo pueden convertir en un delincuente conforme crece. Calderón (1998), el comienzo del cuadro depresivo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con algún problema serio de tipo económico, familiar, laboral o sentimental, como por ejemplo la muerte de un ser querido, la ruptura de un noviazgo, etc.

Al analizar los resultados del (CDS) aplicado a éstos niños huérfanos que sufrieron la falta de sus padres a muy temprana edad y quedaron solos, al desamparo y viviendo de la claridad, en condiciones de pobreza extrema, encontramos que Georgina tiene una tendencia a la depresión y Celina ya la padece, ambas tienen 14 años y ellas se hicieron cargo de sus hermanos menores, haciendo la función de madres sustitutas.

Remmy de once años, padece un problema emocional, ya que le cuesta trabajo controlar sus emociones y se observa tendencia a sentimientos de culpa. Remmy es hermano de Georgina.

Benja: es hermano de Celina, y al igual que Remmy no se observa depresión, pero sí un mal manejo de sus emociones.

Yomira es hermana de Georgina, no se observa depresión, pero sí un mal manejo de sus emociones, tendencia a la aparición de sentimientos de culpa y tristeza.

Andy: tiene ocho años y es prima de Celina, tenía tres años cuando fue testigo de la muerte de su madre a manos de su padre y él huyó, quedando la niña al cuidado de Celina. Andy, según las repuestas del CDS, padece depresión.

Recordemos que la familia, es dónde el individuo aprende lo humano, el recién nacido debe ser alimentado y protegido durante años, al mismo tiempo se le van enseñando todas las acciones para sobrevivir autónomamente y para ser aceptado dentro del grupo. Satir, (1972) en (González 1999).

La pérdida de la madre durante los primeros años se cuenta como un importante antecedente en un número significativo de desórdenes psiquiátricos y aparece aún con más frecuencia en aquellos pacientes con desórdenes depresivos . Los niños que sufren depresión anafórica son aquellos que pierden a la madre precisamente en el momento en que empiezan a poder responsabilizarse de sus impulsos. Boom, (1989). El huérfano de padre y madre si no ha encontrado sustituto familiar, se haya en situación de abandono. Ésta puede reflejarse en un vacío emocional y un sentimiento de desesperación por encontrarse solo y perdido. Ajuriaguerra, (1983). El sentimiento persistente de abandono puede acarrear una adaptación precaria que restringe el desarrollo hacia la independencia y las futuras relaciones interpersonales. Tal es el caso de Celina, Andy y Georgina.

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren las personas con autoestima baja, las llevan a sentir envidia y celos de lo que los otros poseen, lo que difícilmente aceptan, manifestándose con actitudes de tristeza, depresión o renuncia. Fondón (1998).

CONCLUSIONES:

Existe muy poca investigación sobre niños y niñas que se han quedado huérfanos a temprana edad y viven solos (entre dos y catorce años de edad), como es el caso de los niños de la población estudiada; la mayoría de las investigaciones se enfocan a niños huérfanos institucionalizados, adoptados o que viven con familiares; además, otra de las características importantes de los niños estudiados son su marginalidad y pobreza extrema.

Para esta investigación, nos centramos en la Depresión causada por la situación muy particular de estos niños ya descrita anteriormente. Por tal motivo se utilizó el Cuestionario para la Depresión en Niños, CDS de M: Lang y M. Tisher.

Los niños en estudio fueron diez, de los cuales, sólo se aplicó el cuestionario CDS a seis de ellos porque dos no se encontraban por estar trabajando y los otros dos son muy pequeños todavía. Encontramos que dos padecen depresión; uno tiene tendencia a ella y tres no la padecen, pero sí se observan problemas emocionales en ellos como mal manejo de sus emociones y sentimientos de culpa y tristeza que pueden derivar en depresión.

De acuerdo con Minuchin, (1983) Los hermanos son importante aspecto de la dinámica y sostén de la familia. Los hijos mayores hacen las veces de niñas. La solidaridad fraternal constituye un gran apoyo para los niños cuyos padres han muerto. Los hermanos son la familia, forman parte de las raíces de identidad, y refuerzan el sentimiento de pertenecer a alguien. Como es el caso de los niños estudiados; estos niños y niñas no están en la calle, permanecen en la casa donde vivían con sus padres, se han organizado para formar la familia, están unidos como hermanos y los mayores son el sostén así como las hermanas mayores hacen las veces de niñas. Como nos dice (Ajuriaguerra, 1983), en ausencia de su madre, una hermana mayor puede ocupar su lugar e intentar superar las dificultades de los más pequeños, su transformación en madre accidental puede repercutir sobre ella, y de esta forma modificar su propia evolución; tal es el caso de Georgina y Celina, quienes tomaron el lugar de madres sustitutas de sus hermanos más pequeños y ahora las dos están embarazadas y pronto serán madres solteras.

González Martínez (1999), considera que mediante la convivencia cotidiana, el hecho de irse a acostar y despertarse en compañía, comer juntos y compartir las actividades del diario vivir, va formando ese sentido de pertenencia y seguridad a lo que llamamos familia. Ningún ser humano puede vivir su vida solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos. Se puede observar en estos niños ese sentido de pertenencia a su familia fuertemente arraigado, cuando los mayores se comprometen a cuidar a los menores para no separarse. Sin embargo, según González Martínez (1999), quienes por diversos motivos no tuvieron la posibilidad de desarrollarse junto a sus padres, corren un riesgo mayor de sufrir un impedimento para la adquisición de los aprendizajes ulteriores. En consecuencia, cuanto mayor es el número de detenciones en el desarrollo, más severa será la inadaptación y la repetición de conductas destructivas. Esto explica los continuos fracasos de los niños de este estudio en la escuela, su dificultad para permanecer atentos en las clases, salirse del salón, el no cumplir con las tareas, perder sus lápices, destruir sus cuadernos, etc. y lo confirman Deutsch 1963 (Citado en Minuchin 1967) cuando sugiere que los niños en desventaja que crecen en una atmósfera de privación de estímulos en la casa y que ésta privación es en parte la responsable de sus dificultades en la escuela; así como Malone 1963, (citado en Minuchin, 1967), en su descripción detallada de la conducta de niños preescolares de familias desorganizadas indica que muchos aspectos de su conducta los predispone más tarde a desórdenes impulsivos. Ellos muestran baja tolerancia a la frustración, impulsividad y descontrol; conductas motoras de descarga dominantes, retardo del lenguaje; tendencia a concretar pensamientos; necesidad de satisfacer relaciones objetales; poca evidencia en juegos constructivos o uso de fantasía en el juego; pobre sentido de identidad y marcado uso de imitación. Malone estaba describiendo una clase de patología- Una subcultura, de la cultura de la pobreza-

Gaus 1962, (citado en Minuchin 1967) sugiere que la patología de la familia inestable es tan severa que requiere especial atención con respecto al tratamiento, rehabilitación y cuidado. Lo cual debe ser considerado con relación a los niños y niñas estudiados. Por ejemplo, Andy que es la más afectada según el resultado del cuestionario (CDS) aplicado, y su historia de vida. Ella padece depresión y necesita seguir un tratamiento adecuado, por tanto se canalizará a DIF municipal. Benja, Yomira y Remmy no padecen depresión, pero también serán canalizados a DIF Municipal para que reciban tratamiento que puede ser terapia de juego para fortalecer su autoestima, dándoles seguridad,

incrementando la confianza en sí mismos y en los adultos que les rodean, permitiéndoles una mejor expresión de sus sentimientos y un nuevo modelo de identificación.

Los niños que vivieron experiencias negativas a lo largo de los primeros años de vida, son incapaces de controlar las situaciones y es posible que sientan: desamparo, abandono, confusión y agobio; que pueden generarles culpa, enojo, falta de valía o depresión. Son experiencias que distorsionan el desarrollo afectivo, que se incorporan al núcleo de la personalidad y que condicionan toda su conducta. M. Lang y M. Tisher, (1978)

Existen muchas limitaciones que impiden se otorgue mejor atención a estos niños, el trabajo es arduo, los niños se encuentran lejos, carecen de todo, el avance es lento, y su futuro incierto. Aunque ellos ya cuentan con el Programa Federal de "Oportunidades" que consiste en una despensa para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y una pequeña cantidad en efectivo por niño, pero se observa que el padre alcohólico de Georgina se gasta en bebida las ayudas económicas que reciben los niños. Según González, (1999) en una familia sin padre, por divorcio, alcoholismo, drogadicción, muerte o cualquiera que sea la causa, estaría dejando sin la imagen de una familia completa a los hijos y en le futuro, esos niños tendrán la difícil tarea de ser buenos padres por no haber tenido una adecuada experiencia paterna.

En resumen y de manera muy sucinta, los problemas a los que se enfrentan y se enfrentarán los niños; según las observaciones y la investigación son:

Dificultades personales que los limitan en la interacción con los demás, falta de motivación e interés en el medio ambiente; displacer por las cosas que hacen, sentimientos de tristeza; imposibilidad de concentrarse en la escuela, bajo rendimiento escolar o deserción.

Las niñas convertidas en madres solteras, seguirán cuidando a sus bebés y los niños si terminan la primaria, seguirán luchando por la subsistencia diaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación a las mejoras se recomienda:

A) - Que DIF municipal implemente los programas de Pamar (protección a menores en riesgo) ya existentes, en esta comunidad ya que a la fecha por su ubicación, y problemas económicos, no se le ha dado la importancia que requiere, e invitar a estos niños a participar activamente.

Según Reiff (1968) (citado el Gómez del Campo, 1999) "El origen de los grandes problemas psicosociales yace en la estructura social". Reiff, fue uno de los primeros en señalar la necesidad de un cuerpo de conocimientos organizados sobre el funcionamiento y modificación de los sistemas sociales, así como de los efectos psicológicos de los problemas sociales. Dado que la sociedad es responsable de la generación de alteraciones en la salud mental y otros problemas psicológicos, es también un elemento de importancia central para solucionarlos. Y sostiene que la prevención de la psicopatología y la promoción de la salud sólo se logran a través de profundos cambios en la estructura social. Lo cual es aplicable a la población de niños huérfanos de la comunidad.

B) -Como refiere Gómez del Campo, 1999) "La asistencia social no puede depender exclusivamente de la filantropía, la buena voluntad y el esfuerzo personal no remunerado" debe enfocarse de una manera humanista que integre los aspectos teóricos, técnicos, profesionales y científicos. Pide un compromiso tan serio como el que puede esperarse de un profesional. Por este motivo es necesario propiciar en las instituciones la apertura de plazas decorosamente remuneradas que permitan el desarrollo de proyectos en beneficio de los grupos desfavorecidos. De esta manera, estos niños tendrían la oportunidad de acceder a una terapia de apoyo, que como ya hemos dicho anteriormente, la más recomendable es la terapia de juego complementada con los programas federales que ya existen pero que no se llevan a cabo o no llegan hasta ellos por su marginación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Psiquiatric Association, (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, 1V Masson, Barcelona
- 2.- Ajuriaguerra J. (1983) Manual de Psiquiatría Infantil, Masson, Barcelona.
- 3.- Bellak L. (1999) Test de Apercepción Infantil. México: Paidós
- 4.- Boom M. (1989) Un Proceso de recuperación de Depresión Anaclítica Grave México, Tesis de Maestría Clínica, U.N.A.M.
- 5.- Brazelton, B. (1989) El Saber del Bebé, México, Paidós.
- 6.- Burin, M. Y Meler, I. (1998) Género y Familia, Poder amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. México, Paidós.
- 7.- Calderón, G. (1996) Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento, México: Trillas.
- 8.- Calderón, G. (1998) Depresión: Sufrimiento y Liberación México: Edamex.
- 9.- Casillas, L. Evaluación del Proyecto Experimental de Educación Preventiva para Grupos Marginados Urbanos . Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. México, Centro de Estudios Educativos 1981 V. X1, N. 4.
- 10.- Cruz, Morales, Ramírez (1996) -Validez, Confiabilidad y Normas del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), de Lang M. y Tisher M. México: Tesis U.N.A.M.
- 11.- Cofer C. Appley M. H. (1976) Psicología de la Motivación México, trillas.

- 12.- Contreras C. , Gutiérrez T., Lara H. (1995), Aplicación del Children's Depression Scale a una Muestra de Niños Sanos de Instrucción Primaria en la Ciudad de México. Salud mental México, V.18 No. 2
- 13.- Contreras C., Gutiérrez T., Lara H., (1994) La Depresión en Etapas Tempranas de la Vida, Psiquis México, Vol. 3 núm. 2.
- 14.- Díaz M., Mujica A.; (1974) Estudio Caracterológico en un Grupo de Familias Mexicanas. México, Tesis Maestría Clínica, U.N.A.M.
- 15.- DSM- 1V (2001) Criterios Diagnósticos ; Barcelona : Masson
- 16.- Fabre A. (1997) Psicosis y Familia. México: Tesis de Maestría en Psicología Clínica , U.N.A.M.
- 17.- Freud, A., (1977) Psicoanálisis Infantil y Clínica . Buenos Aires: Paidós
- 18.- Freud S. El Malestar en la Cultura. Obras completas t. XXI
- 19.- Fromm E. (1981) El Arte de Amar. Buenos aires: Paidós
- 20.- Fondón M. Palomares S. (1998) Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión en niños Epilépticos, México: Tesis U.N.A.M.
- 21.- Gómez J., (1999); Psicología de la Comunidad, México, Plaza y Valdés Editores.
- 22.- Gonzales M., (1999) Investigación de la Depresión en Niños con Figuras Paternas Presentes y Ausentes México: Tesis U.N.A.M.

- 23.- Gutiérrez M. (1992) Estudio de la Prevalencia de la Depresión Infantil en un Colegio Particular para Instrucción Primaria de la Ciudad de México. Ensayo de la "Children depression scale" (CDS), Versión Española, México, Tesis U.N.A.M.
- 24.- Esquivel F. et all (1999) Psicodiagnóstico Clínico del Niño
México: Manual Moderno.
- 25.- Hernández S. R. et all. (1999) Metodología de la Investigación
México: Mc Graw Hill.
- 26.- Ibarrola, M., (1970) Pobreza y Aspiraciones Escolares, México, Centro de Estudios Educativos.
- 27.- Jiménez M. Psicopatología Infantil, México E. A.
- 28.- Kuhn G. V. (1972) Results Obtained With a New Antidepressant Children ,Suiza: Hans Huber Publishers.
- 29.- La Biblia, (1995) Madrid, Verbo Divino
- 30.- Lieberman F. (1987) Trabajo Social, el Niño y su Familia, México, Pax.
- 31.- M. Lang y M. Tisher (1996), Cuestionario de Depresión para Niños Manual Versión Mexicana.
- 32.- M, Lang y M. Tisher (2000) Cuestionario de Depresión para Niños
CDS. Madrid TEA

- 33.- Minuchin, S. Y cols. (1979) Familias y Terapia Familiar, Barcelona, Gedisa.
- 34.- Minuchin, S. Y Cols. (1998) El Arte de la Terapia Familiar, México, Paidós.
- 35.- Minuchin, S. Y cols. (1967) Families of the Slums. U.S.A. Basic Books, Inc.
- 36.- Munguía S. (1990) Disminución de la Agresividad y la Inseguridad por Medio de un Programa de Psicomotricidad en Niños Institucionalizados México; Tesis U.N.A.M.
- 37.- Polaino A. (1988) Las Depresiones Infantiles. Morata , Madrid.
- 38.- San Agustín, (1996) Confesiones, México, O.A.L.A.
- 39.- Satir V., (1991), Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, México, Pax.
- 40.- Suárez M. (1997) Familia y Valores modulo 1 Constuyendo lo Nuestro ;Santa Fe de Bogotá: Edit. Magisterio