

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AUTOESTIMA NEGATIVA: UN ESTUDIO SOBRE LA DIFERENCIA DE
GÉNERO EN CUANTO A LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS DE
9 Y 10 AÑOS, DEL COLEGIO MESOAMERICANO, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO**



DIANA ELIZABETH CURRUCHICH CHICOL

Guatemala, noviembre de 2008

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AUTOESTIMA NEGATIVA: UN ESTUDIO SOBRE LA DIFERENCIA DE
GÉNERO EN CUANTO A LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN NIÑOS DE 9
Y 10 AÑOS, DEL COLEGIO MESOAMERICANO, DEL DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO



TESIS PRESENTADA
POR:
DIANA ELIZABETH CURRUCHICH CHICOL
PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Guatemala, noviembre de 2008

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD Y DEL TRIBUNAL QUE PRACTICO EL
EXAMEN DE LA TESIS O TRABAJO DE GRADUACION**

DECANO DE LA FACULTAD:

DR. CARLOS ENRIQUE
RAMIREZ MONTERROSA

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
EXAMINADOR:**

LICDA. M.A. ANA LUCINDA
URQUIZÚ SÁNCHEZ

SECRETARIA:

LICDA. ILEANA ISABEL
MONNEY DE OBREGÓN

VOCAL:

LICDA. MYRA LUCRECIA
ZAMORA SUM

Artículo 8º.: RESPONSABILIDAD

Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la universidad

INDICE

Resumen	03
---------	----

CAPÍTULO I

1.1 Introducción	04
1.2 Antecedentes	05

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	09
2.1 Depresión	09
2.1.1 Tipos principales del estado de ánimo	09
2.1.2 Etiología de la depresión	10
2.2 Depresión Infantil	12
2.2.1 Descripción del término depresión infantil	13
2.2.2 Sintomatología depresiva infantil	14
2.2.3 Depresión Enmascarada	14
2.2.4 Estados depresivos en el lactante	15
2.2.5 Influencias de evolución en la depresión infantil	16
2.3 Autoestima	18
2.3.1 Autoestima en niños	18
2.3.2 Autoestima negativa	19
2.4 Desarrollo Infantil	21
2.4.1 Teorías del desarrollo humano	21

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO	27
3.1 Objetivos	27
3.1.1 Objetivo General	27
3.1.2 Objetivos Específicos	27

3.2 Hipótesis	27
3.2.1 Hipótesis de Investigación	27
3.2.2 Hipótesis Nula	28
3.3 Variables	28
3.3.1 Variable independiente	28
3.3.2 Variable dependiente	28
3.4 Definición de las variables	28
3.4.1 Definición conceptual	28

CAPÍTULO IV

MÉTODO	30
4.1 Muestra	30
4.2 Instrumento	30
4.3 Procedimiento	31
4.4 Tipo del diseño de la investigación	32
4.4.1 Investigación descriptiva	32
4.5 Metodología estadística	32
4.6 Técnica e instrumento	33
4.6.1 Técnica de recolección de datos	33
4.6.2 Instrumento de recolección de datos	33

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	34
5.1 Presentación y análisis	34

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
6.1 Discusión de resultados	38

	CAPÍTULO VII	
7.1 Conclusiones		41
	CAPITULO VIII	
8.1 Recomendaciones		42
	BIBLIOGRAFÍA	
Bibliografía		43
	ANEXOS	
Anexos		47

RESUMEN

El estudio de la presente investigación trata la autoestima negativa: como un estudio entre géneros, en cuanto a la sintomatología depresiva en niños de 9 y 10 años, del colegio Mesoamericano del departamento de Chimaltenango.

En la recolección de datos se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Maria Kovacs. El cual consta de 27 ítems y cada uno con tres enunciados, de los cuales los niños debían marcar el que mejor los describía en ese momento.

Para el análisis de los datos se utilizó el estadístico T de Student para dos muestras suponiendo varianzas desiguales, que determina si la diferencia de medias es significativa.

Al finalizar la investigación se comprobó que no existe una diferencia estadísticamente significativa mayor al 0.05%, en la presencia de autoestima negativa entre géneros, así como en niños de 9 y 10 años de edad. La investigación determina que la autoestima negativa si es una característica observable en la sintomatología depresiva infantil

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El contenido de la presente investigación, es un estudio realizado sobre la autoestima negativa, en cuanto a la diferencia de género, en niños de 9 y 10 años del Colegio Mesoamericano, del Departamento de Chimaltenango, como característica de la sintomatología depresiva infantil, en una población no clínica.

La depresión infantil es un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza y autoestima negativa es, asimismo, una característica fundamental de la definición clínica de la depresión. Este problema puede ser desarrollado por los cambios sociales, avances tecnológicos, ritmo de vida acelerado, entre otros; alterando así la conducta de los mismos y la percepción, llegando a mostrar sentimientos de falta de valía, tristeza, desánimo y preocupación excesiva, lo cual produce en los niños un alejamiento social o bajo rendimiento.

Para la evaluación psicométrica se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI), estandarizado, de Maria Kovacs. La muestra incluye 24 estudiantes de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 9 a 10 años, los cuales son estudiantes del tercer y cuarto grado primario del Colegio Mesoamericano del departamento de Chimaltenango. El tiempo utilizado para la investigación y la recolección de datos fue de 5 meses.

1.2 ANTECEDENTES

La depresión infantil (DI) ha existido siempre, sin embargo la falta de estudio e investigación demoró su consideración hasta la década de los setenta del siglo XX, momento en el que la comunidad científica aceptó la posibilidad de su existencia.

Nombres como Spitz, Bowlby, Harlow y Seligman contribuyeron con una serie de estudios sobre la sintomatología depresiva infantil, las cuales han culminado en convertir la depresión en niños, en la emoción patológica infantil más estudiada, incluso por encima de la ansiedad. Kovacs (2004)

Algunos consideran la DI. Como una fase normal de la evolución y otros un fenómeno patológico. Estudios anteriores respecto al tema han determinado lo siguiente:

Rivas Aguilar, Silvia Noemí; de la Universidad de San Carlos de Guatemala (1993) Realizó una investigación sobre el dibujo como un indicador de Depresión, por la carencia de familia natural, en los niños de edad escolar del hogar del Huérfano Santa Teresa. La muestra fue de 32 niños entre 7 y 12 años de edad, del hogar Huérfano Santa Teresa, de San Juan Sacatepéquez. Para la recolección de datos, utilizó el test de la Familia de Louis Corman y parámetros del test de la figura Humana en Niños de Elizabeth Koppitz. Su objetivo fue determinar si la carencia de familia natural, producía en los niños estados depresivos, los cuales afectan sus relaciones interpersonales. Las causas de la depresión investigadas fueron la pérdida de un lazo afectivo, la privación y la más frecuente son las relaciones familiares adversas. Rivas Aguilar determinó que la depresión infantil es un síndrome nuclear cuyos componentes principales son la tristeza, autoestima negativa, la inhibición y el sentimiento de culpa. Los

síntomas adicionales son la fatiga, falta de entusiasmo y de energía, retraimiento, explosiones de ira, berrinches o crítica, y distanciamiento emocional hacia los padres. Concluye que los rasgos de estados depresivos encontrados con mayor frecuencia fueron el retraimiento y la agresividad.

Tello Herrera, Mary Carmen; de la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala (2004). Investigó sobre la frecuencia con la que se presentan casos de depresión infantil en niños que son víctimas de maltrato. La muestra fue integrada por 31 niños, de 8 a 12 años de edad, internos en la Fundación Salvación, Corral Chiquito del departamento de Huehuetenango, utilizó el test CDN el cual mide la depresión infantil. En su estudio sobre la depresión infantil, da a conocer los principales síntomas, según los resultados obtenidos del test CDN: baja autoestima, aislamiento, sentimientos de inadecuación, inutilidad, sentimientos de culpabilidad, llanto y preocupación por la muerte. Esta investigación incluye el maltrato y la depresión, como un factor desencadenante de la depresión infantil, pero no la considera como causa única de depresión, ya que se debe tomar en cuenta el estado social del niño y otras causas ambientales. La conclusión determina que un 83.7% de los niños maltratados presentan depresión la cual es manifiesta mayormente en varones que en mujeres. Esta sintomatología presente en los niños, repercute en el desarrollo de sus relaciones sociales, dificultades de integración en diferentes ambientes y un desarrollo inadecuado para mejorar sus condiciones de vida.

Massella Hernández de Oliver, Olga Marina y Alfaro Azurdía de Duarte Silvia Patricia; de la Universidad de San Carlos de Guatemala (2002). Estudiaron la importancia y efectividad del uso de la técnica de Ludoterapia Psicoanalítica en niños y niñas institucionalizados para suprimir los niveles de depresión. El objetivo principal fue demostrar la eficacia de la terapia de juego orientada psicoanalíticamente (ludoterapia). Según la investigación las

características la Depresión Infantil son humor disfórico, autodepreciación, comportamiento agresivo (agitación), trastornos del sueño, modificaciones en el rendimiento escolar, retraimiento social, modificación en la actitud hacia la escuela, quejas somáticas, pérdida de energía habitual, modificación inusual del apetito o del peso. Los instrumentos utilizados para la evaluación son el test de la figura Humana de Elizabeth M. Koppitz, el Cuestionario de Depresión para niños de M. Lang. M. Tisher, la observación y la entrevista.

Galicia Hernández, Maura Lesvia y Ticum Pineda, Elsa Carolina; de la Universidad de San Carlos de Guatemala (2004). Realizaron una investigación sobre los síntomas de depresión infantil en niñas comprendidas entre las edades de 12 y 13 años internadas en el centro Mi Hogar el Manchen, Antigua Guatemala. Utilizaron una población compuesta por 13 niñas. Para la recopilación de datos se utilizó la entrevista cara a cara en forma individual, el uso de un cuestionario compuesto por 10 preguntas directas, con tres escalas de valoración (nunca, algunas veces, siempre). Así mismo utilizaron el test de La Familia de Louis Corman y el test de Apercepción Infantil con Figuras Humanas (CAT-H). Según la investigación, la depresión infantil es un desorden afectivo, caracterizado por falta de capacidad para divertirse o concentrarse y ausencia de reacciones emocionales. Los niños se muestran generalmente cansados, con pérdida de la memoria, rendimiento escolar deficiente, quejas hipocondríacas (dolores abdominales, cefaleas y dolor de garganta), activos o inactivos, actividad motora escasa, duermen mucho o muy poco, falta de felicidad, actitud de molestia, agresividad o tristeza. En la investigación determinaron que la influencia de los problemas familiares es una causa de sintomatología depresiva Infantil.

Gutiérrez de León, Carol Patricia; de la Universidad de San Carlos de Guatemala (2005). Realizó un estudio de casos sobre la disminución de síntomas depresivos que conllevan a la mejoría física alcanzada a través de la

terapia lúdica en niños diagnosticados con enfermedad terminal. La población fue conformada por 10 niños y niñas hospitalizados en el Hospital San Juan de Dios, comprendidos en las edades de 6 a 13 años. En la investigación se comprobó que las actividades lúdicas disminuyen los síntomas físicos y psíquicos (depresión), que el paciente pueda experimentar, aún en los momentos más difíciles de los procedimientos médicos, que promueven la socialización y disminuyen la tensión social. Define la depresión como una situación afectiva de tristeza e intensidad variable y duración que ocurre a cada niño, las causas son variadas entre ellas: la pérdida traumática (de salud, de separación de padres o familia, de duelo, etc.), los problemas de aprendizaje o conducta y factores orgánicos (enfermedades o derivado a sustancias médicas). Los indicadores investigados fueron: tristeza, irritabilidad, anhedonía, llanto fácil, falta del sentido de humor, cambios en los patrones del sueño, baja autoestima, cambios notables en los patrones de comer, hiperactividad, ideación suicida, desesperanza, aislamiento, hostilidad, culpa, disforia, inseguridad, pesimismo, quejas somáticas y apatía. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el test de Figura Humana de Machover, test de Fábulas de Louisa Düss (prueba proyectiva), cuestionario de anamnesis, cuestionario dirigido a padres y la terapia Lúdica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 DEPRESIÓN

Es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por sentimientos agobiantes de tristeza, infelicidad y por excesivos sentimiento de culpa. Estos pueden ser el resultado de un estado emocional, una reacción ante una situación o el estilo de comportamiento de una persona.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Es un período durante el cual hay un estado de ánimo deprimido y pérdida del interés o placer en casi todas las actividades. El DSM-IV-TR clasifica la depresión en un episodio depresivo mayor que lo categoriza entre los episodios afectivos; el trastorno depresivo mayor y la distimia. Estos se clasifican en términos de gravedad: leve, moderada y grave.

2.1.1 Tipos principales del estado de ánimo

Los tipos principales del estado de ánimo según el DSM-IV-TR son:

- **Episodio depresivo mayor:** Es un período de al menos 2 semanas. Con la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo (tristeza, vacío, llanto), pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, cambios de apetito, peso, sueño, enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, disminución de la concentración e ideación suicida.
- **Trastorno depresivo mayor:** Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, no se explica mejor por la presencia de un trastorno

esquizoafectivo, esquizofreniforme, delirante o psicótico, y nunca se ha producido un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

- **Trastorno distímico:** Es un estado de ánimo crónicamente depresivo, el cual está presente la mayor parte del día, todos los días, durante al menos 2 años. Sus síntomas son: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

2.1.2 Etiología de la depresión

- **Factor Biológico:** Para esta teoría, la causa se centra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no la herencia como base.
 - **Herencia:** Estudios anteriores con gemelos muestran que sí puede haber un componente genético. Revelan que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno, la probabilidad es de un 54 %, si lo padece el padre, el hermano o la hermana las probabilidades reducen a un 16 %. Y si hay parientes cercanos diagnosticados, las posibilidades son menores a un 5 %.
 - **Bioquímico:** Es probable que la depresión sea el resultado de una falta de ciertos neurotransmisores químicos, en lugares particulares del cerebro. Los neurotransmisores que incluyen norepinefrina, dopamina y serotonina, son los fenómenos biológicos que más interfieren en las emociones. Todos estos se originan a partir de una cantidad reducida de cuerpos celulares en el sistema límbico. Otros neurotransmisores que influyen son: ácido gamma aminobutírico (GABA), que al parecer es el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central que modela diversos comportamientos que van desde la alimentación hasta la agresividad y sueño. La acetilcolina se ubica en los sistemas nerviosos

central y periférico, pudiendo llegar a ser un inhibidor o estimulador de la transmisión entre neuronas. Feldman (2006)

- **Estudios hormonales:** Revelan estrechas relaciones entre los trastornos del estado de ánimo con el sistema endocrino, debido a que el cerebro libera hormonas de la glándula pituitaria. Una hormona producida en la corteza cerebral es el cortisol, el cual es encontrado en forma consistente en pacientes con depresión.

- **Modelo Psicodinámico:** Uno de los pioneros del estudio psicológico de la depresión fue Sigmund Freud, quien descubrió la depresión como una reacción compleja ante la pérdida, también describió el duelo y la depresión como respuestas ante la pérdida de alguien o algo amado. Para Freud la persona deprimida tenía una conciencia muy fuerte, castigadora o un super ego. Pensaba, que la conciencia se volvía fuerte para controlar su enojo y los sentimientos agresivos, que de otra forma lastimarían a los demás.

Para otros investigadores psicodinámicos la depresión era la expresión emocional de la importancia del ego, para mantener un sentido del yo deseado, considerándola como una emoción negativa muy parecida a la ansiedad. Algunos creían que la separación de un niño de su madre y otra figura importante durante los primeros años de la niñez, ya fuera por enfermedad, viaje u otras razones, provocaba sentimientos de tristeza, enojo y ansiedad continua, que podían afectar las relaciones emocionales de la persona en la edad adulta.

- **Modelo Conductual:** Para los conductistas, las personas deprimidas, se encuentran en situaciones estresantes y tienden a retrasar la acción, buscando el apoyo emocional en otras personas. Esta búsqueda excesiva de apoyo, puede producir un alejamiento de las demás personas, puesto que puede darse que las

personas deprimidas se quejan mucho para ganarse la simpatía y el afecto de otros.

- **Modelo Cognitivo:** La base de ésta teoría, es la idea que la misma experiencia puede afectar a dos personas, en forma muy diferente. Esta diferencia es producida por la forma en la que cada persona considera el suceso, dependiendo de los conocimientos que cada uno tiene sobre éste.

El modelo de distorsión cognitiva de la depresión presentada por Beck, fue el punto de vista cognoscitivo original de la depresión que aún influye, ya que el modelo explica la depresión como una tríada cognitiva de pensamientos negativos sobre sí mismo, la situación y el futuro. La frecuencia de los sucesos estresantes de la vida y los patrones de atribución, tal vez interactúan al producir los cambios tanto positivos como negativos en el estado de ánimo.

- **Modelo Humanista-existencial:** Éstos teóricos, se enfocan hacia la pérdida de la autoestima y hacen énfasis en la diferencia entre el yo ideal de una persona y su percepción del yo real, si la diferencia es demasiado grande, es probable que aparezca la depresión. Para este punto de vista la desesperación no es por la pérdida del objeto externo, sino siempre es por sentirse que se queda sin él.

2.2 DEPRESIÓN INFANTIL

El término depresión, no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto. La depresión infantil, no tiene el mismo contenido y representa una experiencia diferente según la edad. Es considerada, para unos, una fase normal de la evolución y para otros un fenómeno patológico. En 1975 el término depresión

infantil fue aceptado por el Instituto Nacional de la Salud Mental, como concepto y entidad psicopatológica. Kovacs (2004)

La depresión infantil es un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza, disforia y autoestima negativa es, asimismo, una característica fundamental de la definición clínica de la depresión. Las descripciones de niños o adolescentes que se consideran depresivos sugieren que, además, éstos manifiestan otros problemas como la pérdida de la experiencia del placer, retraimiento social, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y otros síntomas somáticos, cognitivos y conductuales. Wicks-Nelson e Israel (1997)

2.2.1 Descripción del término depresión infantil

Es importante distinguir entre el síntoma de depresión y el síndrome (trastorno) denominado depresión. Por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, la pérdida del interés o placer, la falta de capacidad de respuesta y las condiciones similares.

El síndrome depresivo, es un grupo de atributos que con toda probabilidad se dan de forma conjunta. Este consiste en la presencia de un estado de ánimo negativo, que va acompañado de ciertos problemas somáticos, cognitivos y conductuales. Trastorno es una alteración que tiene todas las características del síndrome, pero se da en forma persistente y produce un deterioro social. Wicks-Nelson e Israel (1997)

2.2.2 Sintomatología depresiva infantil

El diagnóstico del trastorno depresivo no puede basarse solamente en las descripciones verbales del niño, sino también por los signos observados en su conducta por padres, profesores o por personas que se encargan de su tutoría. En la infancia, la depresión se manifiesta, con pocas ganas de jugar, de expresión triste y con enlentecimiento en todas las funciones psicológicas. Es muy frecuente que los niños somaticen su depresión y presenten toda una serie de síntomas como dolores de cabeza, dolor abdominal, enuresis (emisión repetida de la orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos), insomnio, mutismo (incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas) y la onicofagia (morderse constantemente las uñas). Monedero (1978)

Algunos investigadores no definen claramente sus criterios clínicos, pero admiten que las perturbaciones del aparato digestivo, trastornos del sueño, el prurito, las migrañas, el retraso motor y otros; son síntomas de depresión infantil.

Otros describen una constelación de rasgos. Niños que parecen tristes, desgraciados o deprimidos, niños que muestran retraimiento o poco interés, niños que dan la impresión de sentirse rechazados, niños que no aceptan consuelo o ayuda, tendencia general a regresar a una pasividad oral, insomnio y otros trastornos del sueño.

2.2.3 Depresión Enmascarada

Muchas veces la depresión en el niño se ve enmascarada por otros problemas (equivalentes depresivos) como la hiperactividad o la delincuencia. La depresión no se manifiesta de un modo directo, sino que el clínico debe inferirla. Esta

manifestación subyacente es problemática, ya que no hay un modo operativo de decidir si un síntoma determinado es o no un indicio de la depresión.

2.2.4 Estados depresivos en el lactante

Una de las principales investigadoras Melanie Klein, conoce el estado depresivo en el lactante, con el nombre de posición depresiva. Este es el período donde el niño es capaz de reconocer al objeto en su conjunto y ya no dividido, la madre es la fuente tanto de lo bueno como de lo malo, lo cual produce en el niño su propia impotencia o su propia dependencia. En relación con el objeto, el niño se siente ambivalente y la angustia se convierte en una fase depresiva, cuando siente que se le escapa el objeto, intensificando los procesos destructivos. Esto hace que el niño sienta la desesperación depresiva, la aflicción del objeto destruido y la culpabilidad de haber destruido él mismo el objeto. Monedero (1978)

Se denomina depresión anaclítica, a la carencia emocional que se produce por la separación en el niño normal, ocurrente en el sexto mes. Se caracteriza por un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida del apetito y trastorno del desarrollo general. En este tipo de depresión, el niño atraviesa por un período de protesta, el cual es caracterizado por llanto, exigencia de la presencia de los padres y el desasosiego. Produciéndose así el período de depresión y retraimiento. Ajuriaguerra (1983)

También se cree que la respuesta depresiva es una reacción afectiva, en intensidad y duración, producida en el proceso de individualización, creando una tendencia afectiva a la depresión. El humor depresivo puede ser predominante por la angustia de separación, por reacciones de tristeza o descontento y cólera.

2.2.5 Influencias de evolución en la depresión infantil

- **Influencias biológicas:** Para la perspectiva biológica de la depresión infantil, influyen lo genético y lo bioquímico. Los estudios realizados sobre trastornos del estado de ánimo en gemelos, indican que hay un componente hereditario, en los trastornos depresivos de adultos. Existe un hallazgo realizado, que los niños cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor, corren un mayor riesgo de padecer dicho trastorno. Los índices de depresión son más elevados en los parientes de niños a quienes se les ha diagnosticado depresión mayor, esto es coherente con la existencia de una influencia genética en la depresión del niño.

Otra posible explicación es que la influencia genética, opera sobre los factores de personalidad y del temperamento, tales como la emocionalidad y la sociabilidad que afectan toda la sintomatología depresiva. Esto hace que haya una serie de variables psicológicas que participan en el desarrollo de la depresión.

El estudio bioquímico en los adultos, presta atención a los neurotransmisores como la acetilcolina, norepinefrina y serotonina. Así como la relación existente en la interacción, entre los sistemas de neurotransmisión y los receptores. Wicks-Nelson e Israel (1997)

- **Influencias sociales y psicológicas:** De acuerdo a las investigaciones, en la niñez y la adolescencia algunos pasan por terribles experiencias como la pérdida de uno de sus padres, dificultades de aprobación de ellos mismos o la sociedad, así mismo críticas humillantes, las cuales producen autoestima negativa. Cuando se presenta una nueva situación que se parece a aquella en que se aprendió el autoconcepto, se activa el mismo sentido de incompetencia y minusvalía, sobreviniendo así la depresión.

Una explicación común de depresión, es la pérdida por separación que se produce, según interpretaciones psicoanalíticas, por la pérdida del objeto ya sea en forma real o simbólica. Algunos autores psicodinámicos, creen que la pérdida de autoestima y los sentimientos de desesperanza también son producidos por la pérdida del objeto.

Orientadores conductuales, subrayan que un reforzamiento positivo inadecuado produce depresión. Ya que la pérdida o separación puede producir una disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño. Sin embargo este reforzamiento inadecuado, también puede darse por una carencia de habilidades adecuadas para la obtención de recompensas deseadas.

También se cree que hay muchas conceptualizaciones derivadas de las perspectivas conductual, cognitiva o cognitivo-conductual, tales como: las habilidades interpersonales, distorsiones cognitivas, opiniones sobre uno mismo, creencias sobre el autocontrol, autorregulación y el estrés, que constituyen el centro de estas perspectivas sobre la depresión infantil.

Para otros investigadores, el papel principal de la depresión es el factor cognitivo. Ya que presupone que la depresión es el resultado de las opiniones negativas sobre el yo, el mundo y el futuro. Para Beck, los niños deprimidos presentan distorsiones cognitivas, pues desarrollan ciertos errores de pensamiento.

El estado de ánimo depresivo en los padres, puede producir en los niños, una disfunción emocional, mostrada por medio de una serie de mecanismos. La investigación indica que los vínculos que tiene el adulto con el niño, influyen en el desarrollo del infante. Los niños con padres deprimidos no sólo corren el riesgo de sufrir depresión, sino pueden desarrollar una serie de problemas en

diferentes áreas funcionales, manifiestan problemas de adaptación, déficit de atención, ansiedad, problemas escolares y un deterioro en el desenvolvimiento social.

2.3 AUTOESTIMA

Es la percepción del valor propio, habilidades y logros; la visión positiva o negativa que se tiene de sí mismo. Está estrechamente relacionada con el autoconcepto y la autoeficacia. Significa saber que se es valioso, digno, capaz y afirmarlo, implica respetarse así mismo y enseñar a los demás a hacerlo.

2.3.1 Autoestima en niños

La autoestima se aprende, fluctúa y se puede mejorar. Es a partir de los 5 ó 6 años, cuando el niño se empieza a formar un concepto de si mismo, sobre como lo ven sus padres, maestros, compañeros, también adquieren conciencia de las experiencias adquiridas. Cuando los niños perciben su valor, habilidades y logros, puede ser que posean una visión positiva o negativa de sí mismos. Se dice que la autoestima en los niños, es la forma en la que se sienten y el grado de respeto que sienten por sí mismos.

La baja autoestima es una consecuencia de la incapacidad de los niños deprimidos, una conducta que se enfrasca en ver lo negativo y observar sus limitaciones, reforzando así la autoestima negativa. Goldman (2001)

- **fuentes principales de autoestima en los niños**

- **Relación emocional del niño con los padres:** los niños que son amados y deseados, cuyos padres son cálidos, protectores, preocupados,

interesados y activos en al tarea de guiarlos, tienden a desarrollar una autoestima positiva.

- **Competencia social en relación a los compañeros:** a medida que los niños se van desarrollando, la competencia social se convierte en un componente creciente de la autoestima.
- **Progreso intelectual en la escuela:** el éxito en la escuela, también se relaciona con una autoestima elevada, ya que es difícil que el niño se sienta bien consigo mismo cuando le va mal en la escuela.
- **Las actitudes de la sociedad y la comunidad hacia ellos:** La autoestima se ve influida por las actividades de la sociedad. Los niños de algunos grupos minoritarios tienen problemas para desarrollar una autoimagen positiva si sienten que otros los menosprecian a causa de su origen racial o étnico. Los niños que crecen en familias que les enseñan a sentir orgullo de su raza o sus orígenes, desarrollan una fuerte identidad étnica y orgullo social, capaces de mantener una autoestima elevada a pesar de los prejuicios de los demás.

2.3.2 Autoestima negativa

Es la percepción de desaprobación de las capacidades, habilidades y destrezas de sí mismo. Cuando la autoestima es negativa, los juicios de ineficacia se presentan al faltar la confianza en las habilidades para solucionar los diversos retos a los cuales se enfrenta cotidianamente.

- **Factores determinantes de la autoestima negativa:** Uno de los factores más determinantes y de mayor frecuencia en el desarrollo de una autoestima negativa es la crítica. La crítica socava permanentemente la valía del niño, produciendo efectos negativos en la imagen personal y disminuyendo la confianza en sí mismo.

Las reglas rígidas e inflexibles o el perfeccionismo, producen en los niños inseguridad y temor de equivocarse, no brindando la libertad de pensar, actuar y solucionar sus problemas, produciendo en ellos agobio e insatisfacción de no lograr sus propias metas.

El no diferenciar entre una conducta y la identidad, afecta la autoestima del niño. Cuando el niño procesa que su conducta fue mala y se le culpa por eso, crea el sentimiento de ser una persona mala. Es importante no generalizar la conducta y evitar los mensajes críticos destructivos.

Repetir constantemente las características negativas del niño, crea en ellos el pensamiento que todo lo que hace es malo, o que todo lo hace mal. Esto lleva a la inseguridad y falta de valía como ser individual.

- **Distorsiones cognitivas presentes en la autoestima negativa**

- No puedo hacer nada bien.
- No puedo hacer las cosas tan bien como los otros.
- No quiero intentarlo. Se que no me va ir bien.
- Se que no lo puedo hacer.
- Se que no voy a tener éxito.
- No tengo una buena opinión de mi mismo.
- Quisiera ser otra persona.
- Todo lo hago mal.
- Estoy seguro que ocurrirán cosas terribles.
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

Estos pensamientos negativos, producen que la situación se observe como algo de lo que no se tiene control, e influye en el futuro, este problema es conocido

como la tríada cognitiva e interfiere constantemente en la conducta del niño o niña.

2.4 DESARROLLO INFANTIL

Es una disciplina que se dedica a la comprensión de todos los aspectos del desarrollo humano desde el nacimiento hasta la adolescencia. En el desarrollo de los impulsos, durante el tiempo de formación de la personalidad, el niño está frente a una sociedad que a su vez le forma y le oprime.

2.4.1 Teorías del desarrollo humano

Las teorías del desarrollo humano son una expresión de la tendencia humana a tratar de explicar las cosas. Una teoría organiza los datos, ideas e hipótesis y los plantea en proposiciones, principios o leyes coherentes, interrelacionadas y generales.

Una teoría del desarrollo humano puede centrarse en un único aspecto, como el desarrollo cognoscitivo, o puede destacar el desarrollo del yo en su totalidad. Una teoría puede concentrarse en un único periodo de tiempo, como la niñez o cubrir todo el ciclo de vida.

- **Teoría Psicoanalítica**

El creador de la teoría psicoanalítica fue Sigmund Freud, En esta teoría se destacan la notable influencia en la conducta de las experiencias vividas en la niñez temprana y las motivaciones inconscientes.

Sigmund Freud, era un médico vienés, interesado en la neurología, el estudio del cerebro y en los desórdenes nerviosos. Utilizó la hipnosis para tratar los desórdenes nerviosos, luego se interesó en ahondar los pensamientos causantes de las perturbaciones emocionales, utilizando el método de asociación libre. Para Freud, los determinantes de la conducta eran las pulsiones instintivas vinculadas al sexo y la agresión, motivado por el principio del placer. Él pensaba que buena parte del comportamiento estaba motivado por el inconsciente.

Freud, desarrolló una teoría sobre la estructura de la personalidad, la cual está compuesta por tres elementos separados pero interrelacionados.

- **El ello o id:** Es la parte innata, primitiva y desorganizada de la personalidad, formada por los instintos y pulsiones básicas que buscan la gratificación inmediata, independientemente de las consecuencias. Este opera según el principio del placer, para reducir de forma inmediata la tensión y maximizar la satisfacción.
- **El Yo o ego:** se desarrolla durante el primer año de vida, y consta de procesos mentales, razonamiento y sentido común. Se esfuerza por equilibrar los deseos del ello y las realidades del mundo objetivo externo. Se rige por el principio de la realidad, para mantener la seguridad y ayudar a la integración social.
- **El super yo o superego:** Es el resultado de la enseñanza de los padres y la sociedad. Representa los valores o normas sociales que son incorporados en la estructura de la personalidad del niño, representando lo correcto e incorrecto. El super yo contribuye a controlar los impulsos que provienen del ello, al procurar que la conducta sea menos egoísta y más virtuosa.

Freud también desarrollo una teoría psicosexual del desarrollo. La secuencia que propuso es notable porque explica cómo las experiencias y dificultades durante una determinada etapa de la niñez, pueden predecir características específicas de la personalidad adulta.

- **Etapa Oral** (0 a 12 ó 18 meses): El bebé muestra un interés por la gratificación oral, al succionar, comer, chupar o morder, estas actividades aumentan la seguridad mitigando la tensión. El destete representa el principal conflicto, un exceso o la búsqueda frustrada, puede producir una fijación en esta etapa.
- **Etapa anal** (de 12 ó 18 meses a 3 años): La principal fuente de placer se encuentra en la cavidad anal, ya que muestra placer al controlar la retención y la expulsión de heces. Si el control de esfínteres es en particular demandante, el resultado puede ser una fijación.
- **Etapa fálica** (de los 3 a los 5 años): Esta vez, el interés se enfoca en los genitales, al explorarlos por medio de la automanipulación. Freud, pensaba que los niños experimentaban ansiedad o temor a la castración y las niñas desarrollaban envidia del pene. Durante esta época también se desarrolla el complejo de Edipo, donde los niños se enamoran de su madre, encelándose del padre y compitiendo por el amor y el afecto de ella. A su vez, las niñas desarrollan el complejo de Electra, enamorándose del padre, encelándose y compitiendo por el amor y afecto de él.
- **Etapa de latencia** (de los 6 años a la adolescencia): Es un período donde reprimen sus impulsos sexuales y dedican su tiempo y energía al aprendizaje y los deportes o actividades sociales. La fuente de placer cambia a otras personas en la medida en que el niño se interesa en cultivar la amistad de otros.
- **Etapa genital** (de la adolescencia a la edad adulta y hasta la muerte): Comienza con la maduración sexual, el centro de atención durante esta

etapa es la sexualidad adulta madura, donde la persona busca estimulación y satisfacción sexual.

- **Teoría Psicosocial**

Una de las teorías más completas del desarrollo social fue elaborada por Erik Erikson. Esta teoría concluye que hay motivaciones y necesidades psicosociales que se convierten en fuerzas que impulsan el desarrollo y la conducta humana, lo cual comprende cambios en nuestras interacciones, conocimientos y comprensión mutua.

Erikson, concibió los cambios en el desarrollo que ocurren durante la vida, como una serie de ocho etapas de desarrollo psicosocial, de las cuales cuatro transcurren durante la niñez.

- **Etapas de confianza frente a desconfianza y duda (0 a 1 año.):** Período durante la cual, los infantes manifiestan su confianza a las personas que los cuidan, si les proporcionan sustento, protección, bienestar y afecto, pero si sus necesidades, no son satisfechas, desarrollan desconfianza.
- **Etapas de autonomía contra vergüenza y duda (1 a 3 años):** En esta etapa, los niños muestran independencia y autonomía si se fomenta la exploración y la libertad. Los niños adquieren control sobre sus funciones de eliminación, aprenden a comer solos, jugar solos y explorar el entorno (dentro de límites seguros), desarrollando cierto grado de independencia, pero si son muy restringidos o sobreprotegidos, experimentan vergüenza y duda.
- **Etapas de Iniciativa frente a culpa (de 3 a 6 años):** Las capacidades motoras e intelectuales de los niños va en aumento, existe en los niños el deseo de actuar en forma independiente, pero éste entra en conflicto con

la culpa derivada de las consecuencias no buscadas e inesperadas de tal comportamiento. En este período los niños comprenden que son personas con derecho propio y comienzan a tomar sus propias decisiones respecto a su comportamiento.

- **Etapas de laboriosidad frente a inferioridad (6 a 12 años):** Los niños aprenden a cumplir las demandas del hogar, la escuela y desarrollan un sentimiento de valía tras la obtención de logros e interacción con los demás. El desarrollo psicosocial se caracteriza por una mayor competencia en todos los ámbitos, sean interacciones sociales o habilidades académicas. Las dificultades de esta etapa generan sentimientos de fracaso e incompetencia. Feldman (2006)

- **Teoría del desarrollo cognoscitivo**

El desarrollo cognoscitivo es el resultado combinado de la maduración del cerebro y el sistema nervioso, juntamente con la adaptación al ambiente. Es el proceso por el cual la comprensión que el niño tiene del mundo, cambia en función de su edad y la experiencia.

El teórico suizo más influyente en esta área de desarrollo es Jean Piaget. Para Piaget, el desarrollo es la forma de adaptación al ambiente, ya que el niño puede tener muchas respuestas innatas, mostrando flexibilidad en su pensamiento y conducta. Comenzó a explorar la forma en que los niños crecen y desarrollan sus habilidades de pensamiento, interesándose en la forma en la que los niños forman sus conclusiones y no en el hecho si éstas eran buenas o malas.

Piaget propuso cuatro etapas básicas de desarrollo cognoscitivo.

- **Etapa sensorio-motriz.** (0 a 2 años.) En esta etapa del desarrollo, el niño aprende la permanencia del objeto y la capacidad para formarse representaciones mentales, así mismo aprenden a coordinar las experiencias sensoriales con la actividad física motora. Los sentidos ponen a los niños en contacto con cosas de distintas propiedades.
- **Etapa preoperacional.** (2 a 7 años.) En esta etapa el niño aprende a utilizar las representaciones mentales y el lenguaje para descubrir, recordar y razonar sobre las experiencias. Usan el pensamiento representacional, ya que realizan el juego de la fantasía y uso de gestos simbólicos.
- **Etapa de Operaciones Concretas.** (7 a 11 años.) En esta etapa el pensamiento es más flexible, se fijan en más de una cosa a la vez y entienden el punto de vista de otra persona. En esta etapa logran adquirir los principios de conservación, como la idea que el volumen permanece idéntico sin importar el tamaño, ni la forma del recipiente donde se vacíe. Los niños muestran mayor capacidad para el razonamiento lógico, aunque limitado a las cosas que se experimentan realmente. Los niños realizan diversas operaciones mentales: arreglan objetos en clasificaciones jerárquicas, comprenden las relaciones de inclusión de clase, serialización, los principios de simetría y reciprocidad.
- **Etapa de operaciones abstractas.** (11 años en adelante) Los adolescentes pasan de experiencias concretas reales a pensar en términos lógicos más abstractos. Emplean el razonamiento inductivo, deductivo, uso de lenguaje metafórico y símbolos algebraicos. Aunque el pensamiento de las operaciones formales surge durante la adolescencia, algunos individuos no siempre recurren a este tipo de pensamiento, y al parecer algunas personas nunca alcanzan esta etapa en absoluto.
Rice (1997)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo General

Comprobar la existencia de autoestima negativa, en niños de 9 y 10 años, del colegio Mesoamericano del departamento de Chimaltenango.

3.1.2 Objetivos Específicos

- Determinar la presencia de rasgos de autoestima negativa en los niños y niñas
- Comparar entre géneros la presencia de la autoestima negativa.
- Diferenciar entre el rango de edades, quienes presentan mayor puntuación en la escala de autoestima negativa.

3.2 HIPÓTESIS

3.2.1 Hipótesis de Investigación

Existe diferencia estadísticamente significativa al 0.05% entre la autoestima negativa de varones y la de mujeres en el Colegio Mesoamericano del Departamento de Chimaltenango.

3.2.2 Hipótesis Nula

No existe diferencia estadísticamente significativa al 0.05% entre la autoestima negativa de varones y la de mujeres en el Colegio Mesoamericano del Departamento de Chimaltenango.

3.3 VARIABLES

3.3.1 Variable Independiente

- Sintomatología depresiva en niños

3.3.2 Variable dependiente

- Autoestima negativa.

3.4 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

3.4.1 Definición conceptual

- **Variable independiente: Sintomatología depresiva en niños**

Por sintomatología depresiva en niños, se entiende la experiencia de tristeza, pérdida del interés o placer, retraimiento social, autoestima negativa, incapacidad para concentrarse, alteraciones en las funciones biológicas, somáticos, cognitivos y conductuales.

- **Variable dependiente: Autoestima negativa**

La autoestima negativa es la desaprobación de las capacidades, habilidades y destrezas de sí mismo.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 MUESTRA

La muestra fue comprendida por 24 estudiantes de ambos sexos, entre en las edades de 9 y 10 años, siendo una población no clínica, de clase social media, que cursan el tercer y cuarto grado primario del Colegio Mesoamericano del departamento de Chimaltenango.

4.2 INSTRUMENTO

Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Maria Kovacs, estandarizado. Tiene como finalidad la evaluación de sintomatología depresiva, evaluando dos escalas: Disforia (D) y autoestima negativa (A), contiene 27 ítems, cada uno de ellos con enunciados en tres frases que corrigen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o en el adolescente, su ámbito de aplicación es en niños de 7 a 15 años, la duración de la prueba es entre los 10 y 15 minutos, puede ser de aplicación colectiva e individual. Cuando la aplicación es colectiva, el evaluador tomará una población no clínica. El material para la aplicación es lápiz, un borrador y ejemplar autocorregible.

Las instrucciones son claras y sencillas. La portada del ejemplar contiene las instrucciones, las cuales deben ser leídas por el evaluador, junto al ejemplo del tipo de ítems que contiene el cuestionario. En el caso de los niños más pequeños, es importante explicar y cerciorarse que las instrucciones sean comprendidas. Si es necesario deben repetirse las instrucciones las veces que se necesiten y contestar todas las preguntas que los niños formulen durante la aplicación. Los niños marcarán con una "X" la frase que mejor los describa, en

relación a cómo se han sentido durante las últimas dos semanas. Es importante explicar que no existen respuestas correctas o incorrectas sino únicamente la frase que mejor lo describen.

La valoración de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos. El 0 es para el ítem de frecuencia e intensidad más bajo, el 1 corresponde al ítem de intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor cantidad de frecuencia e intensidad. La corrección consiste en sumar las puntuaciones de los ítems que componen cada escala. Se suman las puntuaciones de los ítems de la escala D y se traslada el resultado a la casilla correspondiente, es igual procedimiento para la casilla de la escala A. sumando las dos puntuaciones y da la puntuación total de depresión. Las tres puntuaciones directas pueden transformarse en sus correspondientes percentiles y puntuaciones típicas mediante la consulta de las tablas de baremos diferenciadas por edad y sexo. Luego al calificarlo el test clasifica la depresión por tres niveles: sin sintomatología depresiva, sintomatología depresiva leve y sintomatología depresiva severa.

El CDI puede utilizarse como instrumento de rastreo para localizar a niños que presentan alta sintomatología depresiva. También se puede utilizar para evaluar la eficacia de un tratamiento y la evolución de los sujetos sometidos a una intervención terapéutica. Es aplicada también en el ámbito escolar. El cuestionario puede ser contestado por los niños evaluados como un autoinforme, o pueden ser contestadas por adultos de referencia, si es de éste modo, los ítems deben leerse en tercera persona.

4.3 PROCEDIMIENTO

Para la recolección de datos, se obtuvo la aprobación del Colegio Mesoamericano, el cual es una institución privada, encargada de la enseñanza

académica de niños y adolescentes. Se propició una sesión informativa a las maestras y los niños participantes, para obtener el consentimiento de los mismos para la aplicación del test.

A los participantes, se les informó sobre el lugar, fecha de la evaluación psicométrica y las condiciones para presentarse a dicha evaluación (haber dormido, desayunado). Luego se les dio las instrucciones sobre la forma de contestar el cuestionario y se contestaron algunas preguntas individuales, para proceder a la elaboración del cuestionario.

4.4 TIPO DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.4.1 Investigación descriptiva

En la presente investigación se describe las características de la sintomatología depresiva infantil así como la etiología, poniendo mayor énfasis en la autoestima negativa como una de las características principales en el diagnóstico de la misma.

La fundamentación teórica se realizó a través del estudio y análisis de documentos (libros, revistas especializadas, páginas de Internet) para obtener datos y elaborar el informe.

4.5 METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

Se obtuvo el porcentaje y la tabla total de información, para establecer la presencia de la disforia y autoestima negativa, utilizando la función estadística del programa Excel para cálculo y análisis de Microsoft Office, versión 2007. Con el fin de exponer la media obtenida, los percentiles (Pc), las puntuaciones típicas (Z o T) los cuales son indicativos de la existencia de baja autoestima,

disforia y sintomatología depresiva, así mismo se utilizó la prueba T de Student para dos muestras suponiendo varianzas desiguales, para determinar si la diferencia de medias es significativa.

4.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO

4.6.1 Técnica de Recolección de Datos

La variable medida fue: Autoestima Negativa. Para lograr la misma, se pidió ayuda a las maestras de grado que donaran períodos de clase, para culminar la recolección de datos. La administración fue grupal, ya que se trataba de una muestra no clínica.

4.6.2 Instrumento de Recolección de Datos

Para medir la autoestima negativa la cual es característica de la sintomatología depresiva, se utilizó la prueba estandarizada CDI, de Maria Kovacs. El cual consta de 27 ítems y cada uno con tres enunciados, de los cuales debían marcar los niños el que mejor los describía en ese momento.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos al utilizar el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Maria Kovacs. Para obtener la autoestima negativa en niños y niñas del Colegio Mesoamericano del departamento de Chimaltenango.

Los resultados obtenidos por los participantes fueron corregidos e interpretados, para luego transformarlos en puntuaciones percentiles y típicas. Utilizando una hoja de cálculo de Excel, por medio de la función de análisis de datos que permite aplicar la Prueba T para dos muestras suponiendo varianzas desiguales, se ha podido comparar los resultados entre géneros. De acuerdo a esta prueba, una vez que el valor es menor de 0.05, las estadísticas indican que la diferencia entre dos grupos de datos, es significativa.

Tabla No. 1
Descripción de la muestra por sexo y edad.

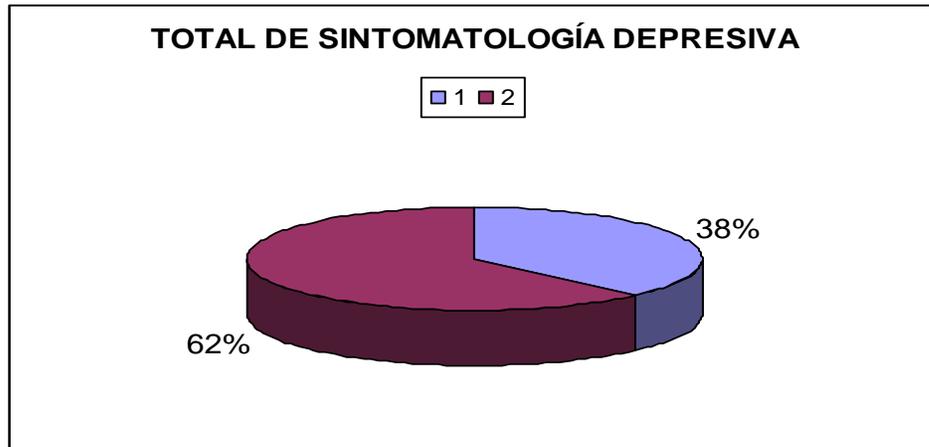
EDAD	NIÑOS		NIÑAS		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%
9	5	42	5	42	10	42
10	7	58	7	58	14	58
TOTAL	12	100	12	100	24	100

Fuente: resultados obtenidos del Test CDI.

La muestra está compuesta por 12 niñas y 12 niños, de los cuales hay 5 niños y niñas de 9 años (42%), 7 niños y niñas de 10 años (58%).

Gráfica No. 1

Identificación de niños y niñas con características depresivas infantiles



Fuente: resultados obtenidos del Test CDI.

Interpretación

- (1) Muestran sintomatología depresiva Infantil
- (2) No muestran sintomatología depresiva Infantil

El resultado de la siguiente gráfica muestra que hay un 38% de niños y niñas que sí mostraron sintomatología depresiva infantil, por el contrario hay un 62% de la población de niños que no mostraron sintomatología depresiva infantil.

Tabla No. 2

Resultados de autoestima negativa entre géneros

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales

COMPARACIÓN ENTRE GÉNEROS.

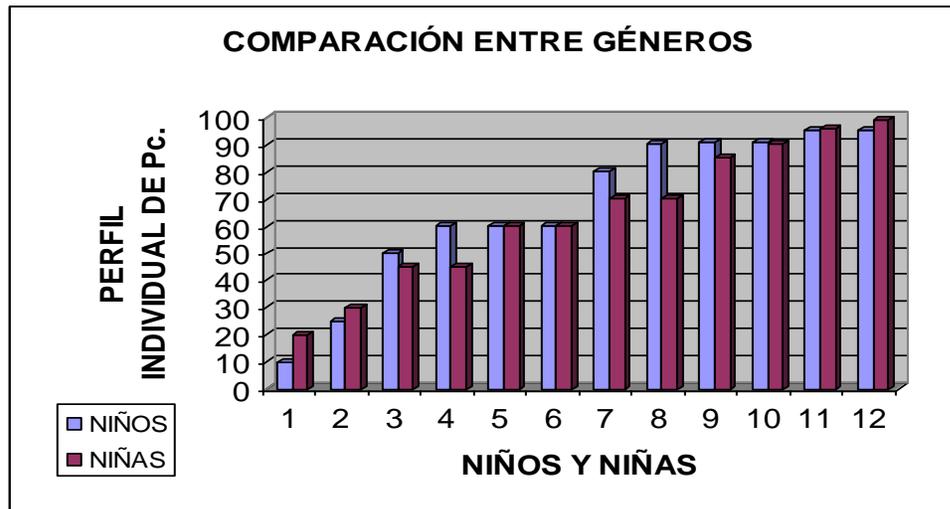
	<i>varones</i>	<i>Mujeres</i>
Media	67.25	64.1666667
Varianza	806.022727	662.151515
Estadístico t	0.27875477	
Valor crítico de t (una cola)	1.71714434	
Valor crítico de t (dos colas)	2.07387306	

Fuente: resultados obtenidos del Test CDI.

No se acepta la hipótesis de investigación, debido a que la T obtenida (.27) no es igual ni mayor que la T a una cola (1.71) ni a dos colas (2.07)

Gráfica No. 2

Comparación entre géneros de autoestima negativa



Fuente: resultados obtenidos del Test CDI.

La gráfica indica que hay más niños que muestran mayores puntuaciones percentiles (Pc) los cuales son indicadores de las características de autoestima negativa, en comparación con las niñas.

Tabla No 3

Comparación entre edades

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales

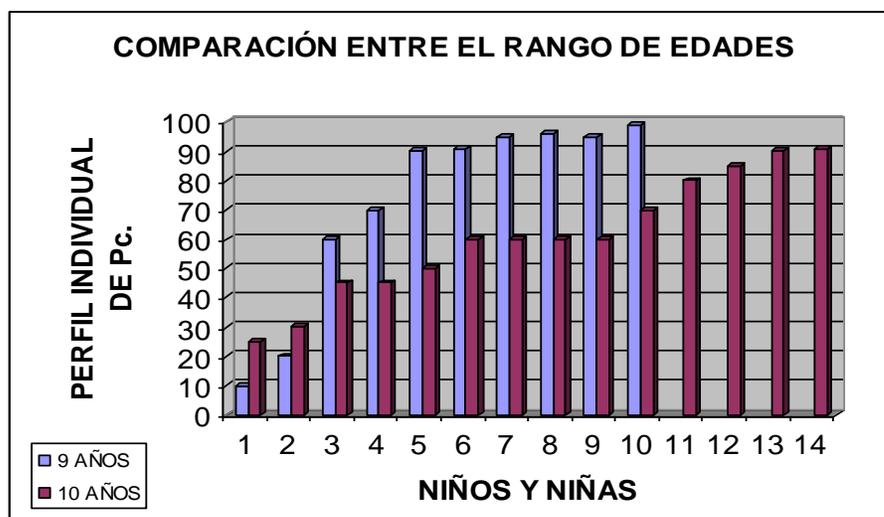
	9 años	10 años
Media	72.6	60.7857143
Varianza	1082.26667	434.796703
Estadístico t	1.00105403	
Valor crítico de t (una cola)	1.76131012	
Valor crítico de t (dos colas)	2.14478668	

Fuente: resultados obtenidos del Test CDI.

No existe una diferencia estadísticamente significativa mayor al 0.05 en las características de autoestima negativa entre los sujetos comprendidos en las edades de 9 y 10 años, ya que la T obtenida (1.00) no es igual ni mayor que la T a una cola (1.76) ni a dos colas (2.14)

Gráfica No. 3

Comparación del rango de edades de la presencia de autoestima negativa



Fuente: resultados obtenidos del Test CDI.

La gráfica describe que entre las edades de 9 y 10 años, los sujetos de 9 años presentan mayores sentimientos de autoestima negativa en comparación a los sujetos de 10 años.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la investigación se muestra que la autoestima negativa es una característica fundamental en la sintomatología depresiva infantil. Dando a conocer que de la muestra evaluada hay un 38% de individuos que presentan las características de la sintomatología Depresiva Infantil, de los cuales hay un 33% que mostró características de autoestima negativa.

Esta característica (autoestima negativa) también es observada frecuentemente como un componente de la sintomatología depresiva infantil en las siguientes investigaciones:

Rivas Aguilar (1993), determinó que la sintomatología depresiva es un síndrome nuclear cuyos componentes principales son la tristeza, autoestima negativa, la inhibición y los sentimientos de culpa. Siendo estos problemas emocionales manifestados por varones del Hogar del Huérfano Santa Teresa.

Así mismo Tello Herrera (2004), concluyó que las características más observadas en los niños con sintomatología depresiva Infantil fueron manifiestas por sentimientos de culpabilidad, preocupación por la muerte, baja autoestima, estado de humor triste y problemas de adaptación.

Gutiérrez de León (2005), observó que la población diagnosticada con enfermedad terminal, presentaban con mayor frecuencia los siguientes síntomas depresivos: timidez, problemas motores, rebeldía, autoestima negativa, desesperanza y disforia.

Por su parte Galicia Hernández y Ticum Pineda (2004) observaron que las niñas del centro Mi Hogar de Antigua Guatemala, evidenciaban falta de interés en su arreglo personal, apatía y falta de capacidad para divertirse, como características principales observadas de la sintomatología depresiva infantil.

Como se puede observar, en las investigaciones anteriores se muestra la autoestima negativa como una característica de la sintomatología depresiva en niños y niñas. Al comparar estos estudios se puede concluir que la presencia de autoestima negativa, puede ser indicio de la existencia de sintomatología depresiva infantil.

La presente investigación también manifiesta que no existe una diferencia estadísticamente significativa mayor al 0.05% entre los sujetos comprendidos de 9 y 10. Al comparar estos resultados con las investigaciones consultadas se observa lo siguiente:

Tello Herrera (2004), indicó que hay un mayor grado de sintomatología depresiva en los niños y niñas comprendidas entre las edades de 10 a 12 años, víctimas de maltrato, con un porcentaje del 52.84% y un menor porcentaje 47.16% en los niños de 8 a 9 años 11 meses.

Por el contrario Gutiérrez de León (2005), observó que la depresión estaba presente de igual manera en personas comprendidas en las edades de 6 a 12 años, víctimas de una enfermedad terminal.

Rivas Aguilar (1993), evaluó sujetos entre las edades de 7 a 12 años, del Hogar del Huérfano, donde se comprobó que los síntomas de depresión infantil abarcan

todas las edades, ya que se determinó que el 95.75% de la población presentó estados depresivos infantiles.

Las investigaciones indican que siempre y cuando exista un factor estresante en la vida de un niño (maltrato infantil, carencia de familia natural, abandono, enfermedad terminal, entre otros), sin importar su edad, éste puede mostrar sintomatología depresiva infantil.

Tello Herrera (2004), determinó que los varones mostraron mayores características de la sintomatología depresiva infantil (55%) en comparación con las mujeres (45%).

En las demás investigaciones consultadas, no se hacía mención sobre un estudio comparativo entre género.

CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones

1. Según los resultados obtenidos hay un 62% de la población que no muestra sintomatología depresiva, por el contrario hay un 38% de la población que sí muestra sintomatología depresiva, entre niños y niñas de 9 y 10 años de edad del colegio Mesoamericano del departamento de Chimaltenango.
2. La autoestima negativa es una de las características principales en la sintomatología depresiva infantil, lo cual indica un alerta a los padres de familia o maestros, al verla presente en los niños. El porcentaje encontrado en la investigación fue un 67% de sujetos que no muestran características de autoestima negativa, y un 33% de los sujetos que si mostraron las características.
3. No existe una diferencia estadísticamente significativa mayor al 0.05 entre los sujetos comprendidos entre las edades de 9 y 10 años, por lo tanto la edad no es un factor diferencial en la presencia de autoestima negativa entre niños.
4. En la investigación se rechaza la hipótesis de investigación ya que no existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% entre varones y mujeres. Por lo tanto el género no es un factor determinante en la presencia de autoestima negativa.

CAPÍTULO VIII

8.1 Recomendaciones

1. Trabajar la autoestima con niños y niñas, para que desarrollen una adecuada valoración de sí mismo, de sus capacidades y fortalezas.
2. Que las personas encargadas de los niños, presten mayor atención a los comentarios que los infantes tienen sobre sus capacidades, ya que los pensamientos de capacidad o incapacidad que tiene sobre sí mismos influyen en su conducta.
3. Capacitar a los educadores sobre el tema de autoestima negativa en niños, así evitar repetir constantemente las características negativas del educando, ya que crea en ellos inseguridad o falta de valía como ser individual.
4. Enseñar a los niños a identificar sus pensamientos, sentimientos y actitudes, para tener un mayor conocimiento de si mismo y aceptarse tal cual es.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

1. Ajuriaguerra, J. De **Manual de Psiquiatría Infantil**. Cuarta edición. Editorial Masson, Barcelona-México.
2. Craig, Grace J. **Desarrollo Psicológico**. Sexta edición 1992. Editorial Prentice Hall.
3. DSM-IV-TR **Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales**. Editorial Masson.
4. Feldman, Robert S. **Psicología** Sexta Edición 2006. Editorial MacGraw-Hill Interamericana, México.
5. Freud, Anna. **Psicoanálisis del Niño y del Adolescente** Editorial Paidós, Barcelona España 1980.
6. Goldman, Howard H. **Psiquiatría General** Quinta edición 2001. Editorial El Manual Moderno, México, D.F. - Santafé de Bogotá.
7. Kolb, Lawrence C. **Psiquiatría Clínica Moderna**. Quinta Edición. Editorial Fournier, S.A. México, D.F.
8. Kovacs Maria. **Inventario de Depresión Infantil** TEA Ediciones, S.A. Madrid España, 2004.

9. Mckeon, Patrick. **La Depresión y la Euforia**. Ediciones Deusto, S.A. 1985. Madrid-Barcelona-Bilbao.
10. Monedero, Carmelo. **Psicopatología General**. Segunda Edición, 1978. Editorial Biblioteca Nueva, Almagro, Madrid.
11. Morris, Charles G. y Maisto, Albert A. **Psicología**. Décima Edición. Editorial Pearson Educación, México.
12. Papalia, E, Diane y Salí Olds Pencos. **Psicología Del Desarrollo**. Séptima Edición, 1997. Editora Emma Ariza H, Colombia.
13. Rice, F. Philip. **Desarrollo Humano**. segunda Edición, 1997. Editorial Pearson Educación.
14. Sarason Irwin G. Sarason Barbara R. **Psicología Anormal**. Séptima Edición, 1996. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México.
15. Wicks-Nelson Rita y Israel Allen C. **Psicopatología del Niño y del Adolescente**. Editorial Prentice Hall, Madrid, 1997.

Tesis consultadas

1. Galicia Hernández, Maura Lesvia y Ticum Pineda, Elsa Carolina. "Síntomas de depresión infantil, en niñas comprendidas entre las edades de 12 y 13 años, internas en el Centro "Mi Hogar", el Manchen, Antigua Guatemala". Universidad de San Carlos de Guatemala (2004).

2. Gutiérrez de León, Carol Patricia, “Disminución de síntomas depresivos, que conllevan a la mejoría física alcanzada a través de la terapia lúdica en niños diagnosticados con enfermedad terminal, hospitalizados en los servicios de hematología y nefrología del hospital General San Juan De Dios”. Universidad de San Carlos de Guatemala (2005).
3. Massella Hernández de Oliver, Olga Marina y Alfaro Azurdia de Duarte Silvia Patricia. “Uso de la técnica de Ludoterapia Psicoanalítica en niños y niñas institucionalizados, para suprimir los niveles de depresión”. Universidad de San Carlos de Guatemala (2002).
4. Rivas Aguilar, Silvia Noemí. “El dibujo como un indicador de Depresión, por la carencia de familia natural en los niños de edad escolar del hogar del Huérfano Santa Teresa, de San Juan Sacatepéquez”. Universidad de San Carlos de Guatemala (1993)
5. Tello Herrera, Mary Carmen. “Depresión infantil, en niños de 8 a 12 años, que son víctimas de maltrato infantil”. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala (2004).

Páginas Web

1. Autor: Dr. Eduardo Hernández. Artículo: La Depresión Infantil. Año de publicación: 2008. Dirección: <http://www.psicoloinfantil.com/articulodepresion.htm>
2. Autor: Dr. Eduardo R. Hernández González. Artículo: La Depresión Infantil. Año de publicación 2008. Dirección: <http://www.psicología-online.com/infantil/depresion.shtml>

3. Autor: Dr. Salvador Cárdenas. Artículo: La Depresión Infantil. Año de publicación: 2007. Dirección:
<http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/PDF0103.pdf>

4. Autor: Dr. Lubrano. Artículo: Disforia. Año de publicación: 2005. Dirección:http://www.lubrano.com/cgi-bin/glosario/mostrar_contenido.cgi?codigo325&termino=disforia

5. Autor: John F. Artículo: Disforia. Año de publicación: 2006. Dirección: <http://es.wikipedia.org/Disforia>

6. Autor Lorena López Muñoz. Artículo: ¿ESTA DEPRIMIDO MI HIJO? Año de publicación: 2007. Dirección:
<http://www.yahoo.monografía.com.RepDom/emociones/neurofisiología.html>

ANEXOS

Anexo No. 1 Ejemplar autocorregible de CDI.

CDI N°	Nombre y apellidos:			
Sexo:	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="text"/> años	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Centro:	Examinador:			

CDI

INSTRUCCIONES

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS ENCONTRADO** últimamente. Pon un **aspa (x)** en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

 Autora: María Kovacs - Copyright de los elementos © 1982 by María Kovacs.
Copyright © 1991, 1992 by Multi-Health Systems, Inc. (MHS), Toronto, Canadá.
Copyright internacional en todos los países según la Convención de Berna y las Convenciones bilaterales y universales.
Adaptadores de la edición española: M^a V. del Barrio Gándara y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).
Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.

Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente.

1

- Estoy triste de vez en cuando.
- Estoy triste muchas veces.
- Estoy triste siempre.

2

- Nunca me saldrá nada bien.
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
- Las cosas me saldrán bien.

3

- Hago bien la mayoría de las cosas.
- Hago mal muchas cosas.
- Todo lo hago mal.

4

- Me divierten muchas cosas.
- Me divierten algunas cosas.
- Nada me divierte.

5

- Soy malo siempre.
- Soy malo muchas veces.
- Soy malo algunas veces.

6

- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
- Me preocupa que me ocurran cosas malas.
- Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.

7

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8

- Todas las cosas malas son culpa mía.
- Muchas cosas malas son culpa mía.
- Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme pero no lo haría.
- Quiero matarme.

10

- Tengo ganas de llorar todos los días.
- Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

11

- Las cosas me preocupan siempre.
- Las cosas me preocupan muchas veces.
- Las cosas me preocupan de vez en cuando.

12

- Me gusta estar con la gente.
- Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
- No quiero en absoluto estar con la gente.

13

- No puedo decidirme.
- Me cuesta decidirme.
- Me decido fácilmente.

14

- Tengo buen aspecto.
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
- Soy feo o fea.

15

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16

- Todas las noches me cuesta dormirme.
- Muchas veces me cuesta dormirme.
- Duermo muy bien.

17

- Estoy cansado de vez en cuando.
- Estoy cansado muchos días.
- Estoy cansado siempre.

18

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- Muchos días no tengo ganas de comer.
- Como muy bien.

**No te detengas,
continúa en la
página siguiente.**



Autora: Maria Kovacs - Copyright © 1992 by Multi-Health Systems, Toronto, Canadá.
Adaptadores de la edición española: M^a V. del Barrio Gándara y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).
Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Impreso en España.

19

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20

- Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.

Fin de la prueba.

Si has terminado antes del tiempo, repasa tus contestaciones.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

