

**Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
Departamento de Psicología**

**“Depresión infantil en niños huérfanos
institucionalizados”**

TESIS

Brenda Roxana Tubac Gómez

Carné: 21264-08

Antigua Guatemala, Enero de 2013

**Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
Departamento de Psicología**

**“Depresión infantil en niños huérfanos
institucionalizados”**

TESIS

Presentada ante el Consejo de la Facultad de Humanidades

Por:

Brenda Roxana Tubac Gómez

Previo a optar al título de:

Psicóloga Clínica

En el grado académico de:

Licenciatura

Antigua Guatemala, Enero de 2013

Autoridades Universidad Rafael Landívar

Rector	P. Rolando E. Alvarado López, S. J.
Vicerrectora Académica	Dra. Lucrecia Méndez de Penedo
Vicerrector de Investigación y Proyección	P. Carlos Cabarrús Pellecer, S. J.
Vicerrector de Integración Universitaria	P. Eduardo Valdés Barría, S.J.
Vicerrector Administrativo	Lic. Ariel rivera Irías
Secretaría General	Licda. Fabiola de la Luz Padilla

Autoridades Facultad de Humanidades

Decana	M.A. Hilda Caballeros
Vicedecana	M.A. Hosy Benjamer Orozco
Secretaría	M.A. Lucrecia Arriaga Girón
Directora de Departamento de Psicología	M.A. Georgina Mariscal de Jurado
Directora del Departamento de Educación	M.A. Hilda Díaz de Godoy
Directora del Departamento de Psicopedagogía	M.A. Romelia Irene Ruíz Godoy
Directora del Departamento de Ciencias De la comunicación	M.A. Nancy Avendaño Macelli
Director del Departamento de Letras y Filosofía	M.A. Eduardo Blandón Ruíz
Representante de Catedráticos	Lic. Marlon Urizar Natareno
Representante de estudiantes ante el Consejo de Facultad	Srita. Luisa Monterroso

ASESOR DE TESIS

Lic. Felipe Antonio Bagur Ordoñez

REVISOR DE TESIS

Licda. Liza González

Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Ciudad

Respetables Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para someter a su consideración la tesis de la Srita. BRENDA ROXANA TUBAC GÓMEZ, con número de carné 21264-08, titulada "**Depresión Infantil en Niños Huérfanos Institucionalizados**" previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica.

Así mismo, por haber tenido la oportunidad de dar seguimiento a la investigación y revisar el informe final, me permito manifestarles que la misma reúne las condiciones exigidas por la Universidad Rafael Landívar y la Facultad de Humanidades para trabajos de esta naturaleza, por lo que me permito someterla a su consideración para que se nombrado el revisor respectivo.

Atentamente,



Lic. Felipe Antonio Bagur Ordoñez
Asesor



FH/ap-CI-28-13

Guatemala,
04 de enero de 2013

Señorita
Brenda Roxana Tubac Gómez
Presente.

Estimada señorita Tubac:

De acuerdo al dictamen favorable rendido por la Revisora Examinadora de la Tesis titulada: "**Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados**", presentada por la estudiante **Brenda Roxana Tubac Gómez**, carné No. **21264-08**, la Secretaria de la Facultad de Humanidades AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS, previo a optar al título de Licenciatura en Psicología Clínica.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Lcda. Lucrecia Arriaga Giron, M.A.
SECRETARIA DE FACULTAD



*ap
c.c.file

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola

DEDICATORIA

A Dios:

Este triunfo se lo dedico principalmente a Él, por ser la fuente de sabiduría, por ser mi guía, mi sostén, por sus infinitas bendiciones que día a día hace llegar a mi vida y permanecer fielmente a mi lado.

A mis queridos padres:

Roberto Tubac y Marta Gómez, por apoyarme siempre y ser un ejemplo e inspiración para triunfar, por cada consejo y animación durante este recorrido, y fomentar en mí un espíritu de lucha y superación.

A mi esposo:

Por su amor, paciencia y apoyo incondicional.

A mi hija Fabiola:

Por llegar a mi vida en el momento justo y ser la razón para seguir adelante.

A mis hermanos:

Por su cariño y apoyo.

A mis compañeros:

Con quienes compartí momentos maravillosos, por brindarme su amistad y apoyo en todo momento, siempre los llevaré en mi corazón.

Índice

I	INTRODUCCIÓN.....	2
1.1	Depresión Infantil.....	7
1.1.1	Causas.....	9
1.1.2	Signos y síntomas.....	12
1.1.3	Prevalencia.....	14
1.1.4	Diagnóstico.....	15
1.1.5	Tratamiento.....	15
1.2	Depresión.....	20
1.2.1	Signos y síntomas.....	21
1.2.2	Tipos de Depresión.....	22
1.2.3	Epidemiología.....	23
1.3	Niñez.....	23
1.3.1	Necesidades en la niñez.....	25
1.3.2	Niñez guatemalteca.....	26
1.3.3	Doctrina de la situación irregular	27
1.3.4	Doctrina de la protección integral.....	29
1.3.5	Niños huérfanos institucionalizados.....	31
1.3.6	Ley de protección integral de la niñez y adolescencia.....	33

II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
2.1	Objetivos.....	36
2.2	Variables de Estudio.....	37
2.3	Definición de Variables.....	37
2.4	Alcances y Límites.....	38
2.5	Aporte.....	38
III	MÉTODO.....	40
3.1	sujetos.....	40
3.2	Instrumento.....	41
3.3	Procedimiento.....	42
3.4	Diseño de la Investigación.....	43
3.5	Metodología Estadística.....	43
IV	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	44
V	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	54
VI	CONCLUSIONES.....	58
VII	RECOMENDACIONES.....	60
IV	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
	ANEXOS	

RESUMEN

La depresión infantil es un tema que con el tiempo ha cobrado mayor importancia, considerando también que no tiene la misma sintomatología ni expresión a la depresión en un adulto, muchas veces su identificación se hace muy compleja; los niños huérfanos institucionalizados son una población muy vulnerable a padecer depresión infantil, la situación social en la que están inmersos posee varios factores que intervienen en la aparición de este fenómeno, por lo que el objetivo del presente estudio consistió en conocer si existe depresión infantil en los niños huérfanos institucionalizados de 8 a 12 años, del Hogar Santa María de Guadalupe, del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango.

Dicho estudio es de tipo descriptivo, se llevo a cabo en un espacio de tiempo determinado, utilizando como instrumento de medición el cuestionario de depresión para niños CDN, el cual fue aplicado a una muestra de 25 sujetos de ambos sexos y provenientes de diferentes grupos culturales, que se encontraban dentro del rango de edad antes mencionado.

Posteriormente los resultados fueron analizados, interpretados y presentados a través de gráficas y tablas, en donde se pudo concluir que de la población evaluada existe un 32% que presenta características y sintomatología depresiva, habiendo una mayor frecuencia en la escala de sentimientos de culpabilidad, quedando así un 68% de la población que no presenta características y pensamientos negativos, evidenciándose que dicha población posee una buena capacidad de resiliencia, lo cual les permite restablecerse en su medio, a pesar de las situaciones negativas, haciendo énfasis en el apoyo social que poseen y la motivación intrínseca.

I. INTRODUCCIÓN:

En Guatemala la depresión infantil cada vez cobra más víctimas, no importando la condición social, económica e intelectual; casi siempre está ligada con el cambio o pérdida de la persona responsable del cuidado del niño, o cuando quien lo cuida no es capaz de responder a sus necesidades.

La depresión infantil es un tema que con el tiempo ha cobrado mayor importancia e interés, tanto para investigadores como para los especialistas de la salud mental; sin embargo no toda la población guatemalteca se encuentra debidamente informada respecto al tema, principalmente en el interior del país, tal es el caso de los municipios de Chimaltenango, en donde la mayoría de éstos, pasan desapercibidos.

Considerando que la depresión infantil no tiene la misma sintomatología ni expresión que la depresión en un adulto y representa una experiencia diferente según la edad del niño; la depresión infantil se considerada un fenómeno patológico, con causas diversas y complejas las que pueden variar de un niño a otro siendo diversos los factores que incrementan la probabilidad de que un niño desarrolle una depresión.

Algunos de estos factores pueden ser biológicos, ambientales y/o psicológicos, pero generalmente, las causas de la depresión incluye una combinación de todos ellos ya que, de hecho, parecen existir procesos de interacción entre estos componentes.

Se estima que los niños huérfanos institucionalizados son una población vulnerable a padecer de depresión infantil, tomando en cuenta los factores ambientales que influyen en ellos; de ahí el interés por conocer si la orfandad y la institucionalización, son factores que influyen en el niño para presentar depresión, conocer la sintomatología y las repercusiones que ésta conlleva. El estudio se realizó con niños que viven en el Hogar Santa María de Guadalupe, del municipio

de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango; siendo este un Hogar que fue fundado para albergar a los niños huérfanos a causa del terremoto ocurrido en Guatemala el 4 de febrero de 1976, y que desde entonces alberga a niños huérfanos por diversas circunstancias. Para efectos de estudio se tomó como referencia la investigación realizada por López (2010) en su tesis, titulada depresión infantil como resultado de la violencia intrafamiliar, la cual tuvo como objetivo determinar, la incidencia de la violencia intrafamiliar en la depresión infantil. La población de dicho estudio fueron 120 niños y adolescentes, indígenas y no indígenas, de diversos status socioeconómicos y víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar; el estudio se realizó en un hogar temporal de la ciudad de Quetzaltenango, en donde se diagnosticó en los hijos víctimas de violencia intrafamiliar, el grado de depresión que padecían, por medio del cuestionario de depresión para niños. Se concluyó que esta población presenta un porcentaje altamente significativo de depresión infantil, por lo que se propuso terapias alternas, para el tratamiento de la depresión infantil, provocado por la violencia intrafamiliar. Considerando que el desarrollo de una depresión, estimulada por la violencia intrafamiliar puede provocar que el infante tome diversas actitudes que pueden afectar su desarrollo tanto físico, social, como emocional.

Por otro lado, Díaz (2007) en su tesis titulada depresión en los hijos de padres alcohólicos, tuvo como objetivo principal determinar si los hijos adolescentes de padres alcohólicos presentan depresión, tomando al cien por ciento de la población de dos establecimientos educativos de la ciudad de Quetzaltenango, en donde aplico el cuestionario de depresión para niños; concluyendo que si existe un número significativo de adolescentes con depresión, por lo que se propuso que cada inicio de año se realice una evaluación diagnóstica para identificar a los hijos de padres alcohólicos dentro de los establecimientos, con el objetivo de brindarles de inmediato terapia de grupo, dentro del Centro Educativo guiado siempre por un especialista en el área de la salud mental.

Espinoza (2007) en su estudio titulado Dinámica familiar en que vive una niña con depresión infantil, tuvo como objetivo determinar la dinámica familiar y su influencia en la estabilidad y desarrollo emocional del infante; el cual fue un estudio de caso único, el mismo se realizó en el Instituto de Psicología de la Universidad Rafael Landívar, de la Ciudad de Guatemala. Para dicho estudio se elaboró una entrevista semiestructurada realizada a la madre de la niña y un genograma para ilustrar con mayor detalle la dinámica familiar. En donde se comprobó que la sujeto de estudio mantiene un equilibrio en la dinámica familiar a través de la sintomatología depresiva.

López (2007) en su investigación, estableció un programa de Inteligencia Emocional para disminuir la depresión infantil en niñas de 8 a 12 años, contando con la participación de las alumnas del Instituto Belga Guatemalteco, de la ciudad de Guatemala. Siendo dicha población diagnosticada con depresión infantil a través del Cuestionario de Depresión para niños (CDS). El Programa de Inteligencia Emocional se estructuró en 10 sesiones, con una sesión semanal de 30 minutos. En donde se concluyó, que después de la aplicación del programa sí, hubo una disminución en varios de los indicadores depresivos, ya que hubo una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 entre los resultados del pre test con el post test en las niñas que conformaron la muestra.

Además Sánchez (2007) en su tesis, tuvo como objetivo aplicar durante tres meses la Terapia de Juego de Tiempo Limitado a cinco pacientes de 8 a 13 años, con síntomas depresivos, diagnosticados VIH positivo e institucionalizados en el Hospicio la Casa San José, ubicado en San Lucas Sacatepéquez.

La psicoterapia de Juego de Tiempo Limitado es una modalidad que puede adaptarse de forma individual o grupal, un tratamiento muy estructurado manejado con agresividad e interactividad, con una duración no mayor de 12 sesiones y con una fecha de terminación establecida de manera irrevocable al inicio del

tratamiento. Finalizadas las 12 sesiones se determinó que la Terapia de Juego de Tiempo Limitado influyó positivamente en la disminución de síntomas depresivos en niños diagnosticados VIH positivo.

Los estudios anteriores muestran una aproximación a la realidad nacional con respecto al tema de depresión infantil, a continuación se describen algunos estudios realizados a nivel internacional.

Beltran y Mora (2011) en su estudio titulado prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes de un colegio del municipio de Cajicá, tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de la depresión infantil en estudiante de 9 a 12 años, el estudio se realizó en la provincia de Colombia, en donde concluyeron que los resultados de la muestra, da una prevalencia de 16% lo que indica porcentajes altos de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10%. En el estudio no se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo y grado de los participantes, pero sí respecto a la composición familiar.

Rodríguez y Castillo (2011) realizaron un estudio retrospectivo en el Hospital del Niño DIF de Pachuca Hidalgo, con el objetivo de identificar la prevalencia de la depresión infantil en dicha institución; en donde concluyeron que la prevalencia de la depresión infantil del período de enero a octubre de 2005 es del 15% de la población total, que es de 768 pacientes que asistieron por primera vez al departamento de psicología, de los cuales la mayor incidencia se presentó en el sexo masculino, de 6 a 10 años de edad. Por lo que se recalcó la importancia del diagnóstico y tratamiento adecuado para así evitar consecuencias irreversibles en los niños, la familia y la sociedad.

Cabe mencionar a Loubat, Aburto y Vega (2008) en el artículo de internet, "Aproximación a la depresión infantil", por parte de psicólogos que trabajan en el Centro de Salud Mental (COSAM) de la región metropolitana, publicado por la

Universidad de Santiago de Chile, en donde realizaron un estudio de tipo descriptivo, no experimental, el cual pretendía saber si los psicólogos que atienden en Centros de Salud Mental Familiar (COSAM), de salud pública chilena, se aproximan de manera adecuada a la depresión infantil; se contempló si estos profesionales cuentan con elementos formativos suficientes respecto a la etiología, consecuencias, diagnóstico y tratamiento del trastorno. Ello pareció que ameritaba una preocupación investigativa, sobre todo si se considera que sólo han transcurrido alrededor de dos décadas del reconocimiento de la depresión infantil como entidad clínica, y que es aún más reciente la consideración de este grupo etéreo en las políticas de Salud Pública en Chile en lo que a Salud Mental se refiere. Los resultados de éste estudio señalaron que: los psicólogos tienen una comprensión teórica parcial del fenómeno; relacionan el trastorno con disfunciones familiares y contextos poco contenedores, haciendo poca alusión a la etiología biológica; y realizan el tratamiento principalmente individual, con inclusión ocasional de la familia.

Reyna (2005) en su tesis titulada depresión infantil en niños de 3 a 6 años de edad, tuvo como objetivo conocer, describir y determinar la existencia de síntomas de depresión infantil en niños de 3 a 6 años de edad, del jardín de niños, Dolores Vega Anza, por medio de la Escala para la Detección de Síntomas de Depresión en Preescolares (ESDM 3-6) que permite la detección precoz de síntomas depresivos que pueden ser una señal de alarma de un estado depresivo en el infante; concluyendo que existe una diferencia significativa entre la población de infantes, siendo mayor el número de incidencias en menores de sexo femenino, que en el masculino.

Cabrera y Jiménez (2004) realizaron un estudio comparativo entre la depresión infantil y el rendimiento académico, ya que son variables frecuentemente asociadas, teniendo como población a dos grupos diferenciados: uno con presencia de síndrome depresivo y otra sin él; con el objetivo de intentar

esclarecer algunos aspectos relacionados con el binomio depresión-rendimiento, administrando varios instrumentos tales como: el Cuestionario de agrado-desagrado y adecuación en la percepción y la actitud hacia el centro escolar; Cuestionario de extroversión, neuroticismo y rigidez; Batería psicopedagógica EOS; Cuestionario de inhibición social; y el Cuestionario de densidad sintomática en la depresión infantil-juvenil. Concluyendo así, que el grupo con síndrome depresivo presenta un mayor número de síntomas relacionados con el bajo rendimiento escolar, que el grupo sin síndrome depresivo.

Quedando así evidenciada la importancia del estudio de la depresión infantil, debido al incremento significativo de casos, ya que por muchos años se ha subestimado la prevalencia, y que varía enormemente de acuerdo a la población que se estudia.

1.1 DEPRESIÓN INFANTIL

El origen de la depresión infantil ha sido objeto de polémica dentro de la psicopatología, en un inicio autores psicoanalistas negaron su existencia, sustentando que en esta etapa de la vida no está formado el “yo” ni interiorizado el “super yo”. Otras corrientes cuestionaron su validez como entidad nosológica dado que sus síntomas, los tomaban como parte normal del desarrollo evolutivo y remiten espontáneamente con el tiempo, Thompson (2002, p.4.)

En el siglo XIX da inicio la aparición de textos de psiquiatría infantil, monografías sobre patología mental infantil y aparecen referencias muy numerosas a cerca del suicidio infantil relacionándolo con la depresión.

Baker (1955) fue uno de los primeros en hablar de depresión infantil, él refería que la envidia era una causa de la melancolía (tristitia), explica que puede darse desde la más tierna infancia y puede verse enfermar a un niño más por la influencia de

las emociones que por causa física, insiste que los niños no se encuentran libres de ésta enfermedad, así también comienza el estudio de la rivalidad fraterna como causa del trastorno.

Un aporte significativo respecto al tema, fue la teoría de la depresión enmascarada expuesta por Chinchilla (2008) en su libro La Depresión y sus Máscaras; quien supuso el avance del reconocimiento de la depresión infantil y concluyó que es un estado de ánimo irritable o disfórico en numerosos problemas propios de la infancia y que en muchas ocasiones no se presenta tal cual es, sino recurre a otras manifestaciones.

Buj (2007) hace referencia de la presencia de la depresión enmascarada, la cual no muestra trastornos de ánimo presentando otros síntomas como hiperactividad, conductas antisociales, conducta agresiva y trastornos del aprendizaje.

Se sabe que los niños con depresión enmascarada presentan síntomas somáticos, principalmente dolores de cabeza o estomago, tales como aparecen en la fobia escolar.

Actualmente se conoce que la depresión infantil es una alteración en el estado de ánimo, de tristeza mayor que ocurre en un niño, ésta alteración se presenta de muchas formas con grados y duración variable.

Este es un problema común en la clínica psiquiátrica y en la medicina psicosomática, conforma un gran número de pacientes que constituye una parte importante de la práctica diaria de los médicos de atención primaria. Y alrededor de la mitad de todas las depresiones vistas inicialmente por lo médicos de familia presentan de forma predominante síntomas somáticos.

1.1.1 Causas

De la Portilla (2006) reitera que aunque las causas de la depresión son complejas y pueden variar de un niño a otro, hoy se conocen diversos factores que

incrementan la probabilidad de que un niño desarrolle una depresión. Algunos de estos factores son biológicos, otros son ambientales y otros psicológicos y, generalmente, las causas de la depresión incluyen una combinación de todos ellos ya que, de hecho, parecen existir procesos de interacción entre ellos

Biológicas

Para algunos investigadores y profesionales la mayoría de las depresiones se producen por desequilibrios en los niveles cerebrales de ciertos neurotransmisores, especialmente por una reducción en los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina.

Gándara (2000) menciona que una de las causas es la predisposición genética, que hace que sea más fácil que un acontecimiento estresante, cualquiera que sea produzca una alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores.

Los trastornos depresivos que comienzan en la primera infancia, se caracterizan por tasas más altas de enfermedad afectiva en la familia, que cuando comienzan más tarde, así como por una comorbilidad de enfermedades asociadas, como lo es los trastornos de conducta, de ansiedad y déficit de atención.

Sin embargo hay que tomar en cuenta que no todos los que poseen una predisposición genética de la depresión la padecen, ya que existen otros factores que contribuyen a que se desencadene la enfermedad.

Sea heredado o no, lo cierto es que el trastorno depresivo está ligado a los cambios de estructura y funciones cerebrales; lo cual es una disminución del metabolismo del área prefrontal izquierda del cerebro, situación que se normaliza tras los diferentes tratamientos.

Psicológicas

Psicoanálisis: Según Freud (1939) en muchas depresiones la causa que la provoca es de origen psicológico, considera el estado de ánimo depresivo como

una forma de adaptación, el cual funciona como mecanismo de defensa; sus seguidores y él formularon el concepto de depresión como una manifestación de hostilidad contra la persona amada a la que se perdió en infancia. Esto se vuelve una reacción de odio contra el objeto de amor perdido, por haber desaparecido.

Freud desarrolló un trabajo llamado “duelo y melancolía”, el cual sugirió que así como el duelo resulta de la pérdida por muerte, la melancolía surge por la pérdida de otro tipo. Como no todas las personas que padecen depresión han sufrido una pérdida real, Freud explica que existen otras pérdidas internas a las que llamo “pérdida del objeto”

Además también señaló que el potencial depresivo tenía su origen en la primera infancia, él afirma que durante la etapa oral, las necesidades orales del infante pueden ser insuficientes o por el contrario excesivamente satisfechas. La persona permanece entonces fijada en ésta etapa y depende de la satisfacción de las necesidades de la misma.

Por otro lado Bibring y Jacobson (1953) modificaron posteriormente la teoría de Freud, ellos sugieren que la pérdida de dignidad es de suma importancia en los trastornos depresivos; además señalaron que la dignidad no dependen únicamente de la etapa oral, sino también de fracasos en pérdidas posteriores del desarrollo.

Conductual: Las teorías conductistas de la depresión se basan en el condicionamiento operante. Bennett (2003) sugiere que la depresión es el resultado de un bajo reforzamiento positivo y de cambios en las recompensas y castigos que la persona recibe en su vida y que la manera de ayudarlo es construyendo patrones más favorables de reforzamiento.

Davison y Neale (1983) mencionan que:

- La sensación de depresión y algunos síntomas como la fatiga, puede presentarse cuando la conducta recibe pocos reforzadores.

- Esta mínima dosis de reforzamientos positivos, conducen a disminuir aún más la actividad, por lo tanto los reforzadores se vuelven aún más escasos.
- La cantidad obtenida de reforzamientos positivos está en función de tres variables: a) el número de reforzadores disponibles para cada individuo en base a sus características personales, b) el número de reforzadores con relación al ambiente, y c) el repertorio de conductas de la persona que pueden ser reforzadas.

Buj (2007) considera que la depresión se produce por la falta de reforzamientos; los conductistas refieren que la depresión es el resultado de los cambios en las recompensas y castigos que las personas reciben y la forma de ayudarlos es construyendo patrones más favorables de reforzamiento.

Halgin y Krauss (2005) mencionan que la apatía y la pasividad son síntomas conductuales que se encuentra presentes en la depresión y son manifestaciones como respuesta a experiencias anteriores en las que se sintieron impotentes para controlar los eventos que les ocurrían.

Ambientales

Varios investigadores hacen referencia que en todas las culturas existe depresión y todas las personas se encuentran en riesgo de enfrentarse a ella; el estrés social incrementa también el riesgo de sufrir depresión influenciada también por la estructura social en el que vive la persona.

Bennett (2003) indica que toda persona debe tener un sentido de pertenencia y apoyo social, si ésta no se posee es muy probable que se presente una depresión.

1.1.2 Signos y síntomas

Dado que los comportamientos normales de un niño varían de una etapa de la niñez a otra, muchas veces es difícil establecer si un niño está simplemente

pasando por una fase de su desarrollo o si verdaderamente está padeciendo una depresión

Sin embargo, Molina y Arranz (2010) han sintetizado los siguientes síntomas.

- Tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo
- Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas.
- Desesperanza
- Aburrimiento persistente y falta de energía.
- Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o incapacidad para disfrutar de ellas.
- Alteración notoria en los patrones de comer y de dormir
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas, p. ej. dolor de cabeza o de estómago
- Concentración deficiente.
- Deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela.
- Aislamiento social, comunicación pobre.
- Problemas para relacionarse.
- Hablar de o tratar de escaparse de la casa.
- Ataques de rabia u hostilidad persistente.
- Baja estima y sentimientos de culpabilidad
- Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo.

Klein (1952) introduce la noción de depresión infantil, alrededor de los 6 meses de edad, como uno de los primeros pilares en la construcción de teorías acerca de la depresión infantil.

De la Portilla (2006) menciona que un niño lactante puede expresar la depresión principalmente con síntomas físicos, con irritabilidad, anorexia e hipo-actividad; esto ocurre muchas veces debido a la separación de su cuidador más cercano, en

general madre o padre, inicialmente la protesta se manifiesta con llantos y rechazo hacia los demás cuidadores.

En la edad preescolar la depresión se manifiesta mediante irritabilidad, inquietud, rabietas, agresividad, fatiga, dolores de cabeza y un bajo tono general; el niño llora con frecuencia, deja de interesarse por las cosas y muestra una falta de interés en las relaciones con sus familiares y amigos. Suele ser habitual que los padres y profesores perciban que el niño ya no es el que era, que se encuentra raro o diferente, sin embargo existen casos en las que los síntomas son atribuidos a otros factores.

En un niño escolar (6 a 10 años), por lo general el síntoma clave es el bajo rendimiento escolar, pero cabe mencionar también la irritabilidad, agresividad, tristeza, autodescalificación, rabia hacia los demás, sentimientos de culpa, baja autoestima, anorexia, apatía, dificultad para disfrutar y alteraciones del sueño. Estos síntomas suelen llevar al niño a no querer participar en juegos colectivos y rehusar la comunicación con las personas, lo que genera un cierto aislamiento que, a su vez, le dificultará la salida de esta situación.

En preadolescentes y adolescentes es más común encontrar síntomas relativos a alteraciones de la conducta, tales como fuga escolar, desacato a normas, hurto, mentiras y en algunos casos el consumo de sustancias psicoactivas; pueden además expresar abiertamente su deseo de no vivir o incurrir en actividades riesgosas.

Por su parte el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (2003) incluye los trastornos del estado de ánimo en niños bajo los criterios diagnósticos para adultos. La diferencia radica en que éstos últimos manifiestan más comúnmente quejas somáticas

En la práctica actual según el DSM-IV-TR (2003), se considera que para que un niño sea diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor, debe tener al menos cinco de los siguientes 9 síntomas, con una duración de 2 semanas:

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Pérdida de interés o capacidad para el placer.
- 3) Pérdida o aumento significativo de peso.
- 4) Insomnio o hipersomnias casi diario.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- 9) Ideas recurrentes de muerte

Es importante mencionar que no se incluyen síntomas debidos a enfermedad médica, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones.

1.1.3 Prevalencia

La prevalencia de depresión infantil se ha subestimado por muchos años, ya que varía enormemente de acuerdo a la población que se estudia. Existe menos incidencia en infantes de la población general en relación con poblaciones vulnerables como son, los descendientes de padres depresivos, y mayor aún es la incidencia entre aquellos niños provenientes de poblaciones psiquiátricas.

La Organización Mundial de la Salud (2006) en un estudio de análisis bibliométrico refiere que la depresión infantil demuestran que el periodo de mayor producción de éste trastorno es de 2001 a 2006 con un total de 36 % de la población; en Hispanoamérica se encuentran datos alarmantes que indican una incidencia de 35 a 43% de la población.

1.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión, como el de cualquier enfermedad médica, consiste en recopilar y organizar información brindada por el paciente y la familia; considerando que algunos pacientes presenta la depresión evidente sin relación alguna con síntomas físicos, sin embargo, y en la mayoría de los pacientes deprimidos que son vistos por el médico general presentan una depresión relacionada, de alguna manera, con padecimientos físicos. Este es el motivo por el cual consultan a un médico de atención primaria.

Dado que la edad es una variable que debe tenerse en cuenta al momento de diagnosticar a un niño como depresivo, se debe recurrir a las técnicas de observación conductual, a la aplicación de escalas y cuestionarios específicos y distinguir sus síntomas somáticos por psicológicos.

Los criterios de DSM-IV-TR (2003) no aplican para el diagnóstico de la depresión infantil, pues en ellos se consideran síntomas llamados “equivalentes depresivos”, los cuales debutan en una amplia gama de manifestaciones según la edad.

1.1.5 Tratamiento

El tratamiento debe ser individualizado, adaptada a cada caso en particular y a la fase desarrollo que se encuentre el niño, teniendo en cuenta su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Este

puede ser complementado con terapias grupales, para que el niño interactúe con niños en similares condiciones.

La intervención debe involucrar de una manera activa a los padres y dirigir las intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar).

Farmacológico

Aún existe controversia sobre la inseguridad y eficacia de los antidepresivos en la población infantil, especialmente en los inhibidores selectivos de la recaptación de erotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina, debido a que tienen una ventana terapéutica estrecha y efectos secundarios graves.

La depresión está asociada a la existencia de niveles bajos de determinadas sustancias a nivel cerebral tales como la serotonina, la noradrenalina o la dopamina. Por ello, los fármacos antidepresivos actúan intentando aumentar éstas sustancias en el cerebro a través de distintos mecanismos de acción, Chinchilla (2008) refiere que los más utilizados son:

Antidepresivos Tricíclicos: Fueron uno de los primeros antidepresivos en aparecer. Presentan una elevada eficacia aunque, por su potencial de producir efectos secundarios como sedación, sequedad de boca, estreñimiento, temblores, hipotensión, etc. se recomienda iniciarlos a dosis bajas e ir aumentando en función de la tolerancia del paciente y del efecto antidepresivo, hasta conseguir la dosis que equilibre la mayor eficacia posible con los menores efectos secundarios. Se tienden a utilizar en casos graves de depresión. Por su perfil sedante, alguno de ellos se indica también en depresión con elevado nivel de ansiedad.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y/o noradrenalina: Se ha extendido mucho su uso, por tener un mecanismo de acción más selectivo, son fármacos con un perfil de efectos secundarios mejor tolerados que los clásicos fármacos tricíclicos y por lo tanto pueden empezar a tomarse a la dosis

normalmente efectiva. Al poder indicarse desde el primer día a dosis terapéuticas, es posible que necesiten menor tiempo de inicio de la acción antidepresiva.

Terapia Cognitivo Conductual

Estudios han demostrado que resulta eficaz en casi el 70% de los casos; éste modelo supone que el niño deprimido actúa influenciado por su entorno, a través de estímulos, es decir la pérdida de refuerzos positivos.

Castejón y Navas (2009) refieren que esta terapia se basa en la consideración del autoconocimiento de un niño y su forma de procesar la información respecto a sí mismo y a los demás, son los determinantes principales de su estado de ánimo y su comportamiento. Tanto autoconocimiento y forma de procesar la información son el resultado de las complejas interacciones del niño con las figuras significativas de su entorno, y con las circunstancias de éste, en una tarea de desarrollo activo que lleva al establecimiento de suposiciones, actitudes, creencias y modos de procesar la información estable y permanente.

La terapia cognitivo-conductual va dirigida a modificar las distorsiones cognitivas en el niño deprimido, incluye favorecer las habilidades de autocontrol, en ella el niño debe aprender a procurarse mayores refuerzos positivos y disminuir los autopunitivos; con la autoobservación dirigida se pretende que preste más atención a los acontecimientos favorables.

Las técnicas de auto evaluación buscan que el niño deprimido se muestre menos perfeccionista y exigente en sus logros, adecuándose a expectativas y rendimiento más realista, en ésta técnica de autocontrol se incluye el entrenamiento en favorecer todo lo que aumente su asertividad.

La intervención se dirige al ámbito de las habilidades sociales, de sus relaciones con los demás, con métodos que tratan de ayudar al niño en su capacidad para

iniciar interacciones y mantenerlas, manejando conflictos y utilizando también imágenes y metáforas así como relajación.

El niño deprimido debe aprender a atribuir sus fracasos a la falta de suerte o a la intervención de factores externos, y considerar sus éxitos como resultado de sus competencias propias y estables.

Terapia Psicodinámica

Rodríguez y Ortiz (2007) opinan que este enfoque ayuda al niño deprimido a entenderse a sí mismo, a identificar sus sentimientos inapropiados, a mejorar su autoestima, a mejorar patrones desadaptativos, a interactuar de manera eficaz con otros y superar conflictos pasados y futuros.

Por su lado Klein (1952) introdujo la terapia por medio del juego, de orientación psicodinámica, en ésta se utiliza el juego como sustituto de la verbalización, ya que para muchos niños es la forma más eficaz de comunicarse; la meta es que el superyó (conformado en la infancia temprana), se muestre permanentemente resistente, sin alterar su núcleo, para así conformar la estructura del superyó.

La terapia de juego, puede ser aplicada al niño preescolar (3 a 6 años), ésta tiende a ser la vía del acceso al material inconsciente. Los juguetes cumplen la función de ser los instrumentos para conocer la fantasía inconsciente.

Klein (1952) también refiere que la representación por medio de juguetes o la representación simbólica en general, al estar hasta cierto punto, ajenas de la persona misma, está menos investida de angustia que la confesión por la palabra hablada.

Terapia familiar

La terapia familiar es una parte fundamental en el proceso psicológico de un niño deprimido, ya que es el medio en donde el niño se desenvuelve, y son las personas más cercanas con la que el niño interactúa.

González (2009) opina que los padres deben evitar eliminar los reforzadores positivos o desarrollar un programa que perpetúe los sentimientos de desánimo y desesperanza del niño. Las actividades útiles para el estado de ánimo (sociales o recreativas) no deben hacerse contingentes, puesto que el niño las necesita para mejorar.

Los padres deben estimular la asistencia del niño a la escuela y el mantenimiento de las actividades de la vida diaria, dado la reducción de su grado de interés y actividad, lo cual es característico que los niños abandonen sus actividades habituales y no aprovechen las posibilidades de interacción social, lo que complica aún más la depresión y dificulta la recuperación.

Terapia de grupo

Navas (2009) refiere que la terapia de grupo puede ser una modalidad útil para desarrollar habilidades sociales a través de técnicas como el “role playing”, la resolución de problemas y el adiestramiento en comunicación y asertividad, lo cual son aspectos que ayudan en la recuperación del niño deprimido.

En la terapia de grupo también se fomenta la importancia y practica del autocontrol, resolución de conflictos y adaptación psicosocial.

1.2 DEPRESIÓN

Se puede mencionar que la depresión es una de las primeras enfermedades mentales, que fueron descritas en la historia de la humanidad. Quizá porque la alteración del estado de ánimo es una experiencia más fácil de comprender, porque está más cerca del dolor humano.

Rematal (1999) la define como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos, tales como tristeza persistente, alteraciones en la concentración, memoria y otros; así mismo síntomas físicos como disminución en la libido, falta de apetito, etc.

Por su lado Preston (2004) menciona que la depresión es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

Beltran y Mora (2011) refieren que la depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad; es un Trastorno psicológico que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres.

Hall (2003) refiere que la depresión puede considerarse como un grupo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo triste y melancólico, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés por las cosas.

La depresión es un sentimiento de tristeza intenso, que persiste más allá de un periodo justificado. Se estima que el 10% de las personas que consultan al médico por un problema físico tienen en realidad una depresión. Esta enfermedad puede

extenderse desde una descripción de un estado de duelo, hasta profundos sentimiento de inferioridad y desesperación suicida.

1.2.1 Signos y síntomas

La doctora Thompson (2002) menciona los siguientes síntomas característicos de la depresión, tales como sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que anteriormente disfrutaba, alteraciones en el sueño, pérdida o aumento de peso, irritabilidad, disminución de energía, dificultad para concentrarse, excesivos sentimientos de culpabilidad, llantos frecuentes y pensamientos suicidas.

Por otro lado Preston (2004) extiende su perspectiva a cerca de los síntomas de la depresión, y los divide en tres grande rubros:

Síntomas psicológicos: tristeza y desesperación, éstos son los síntomas que más lastiman, los más frecuentes y los más evidentes; la autoestima baja, que incluye falta de sentimientos de valía y pérdida de confianza en uno mismo; la apatía o la falta de motivación para hacer las cosas; problemas interpersonales o la inadecuación en las relaciones sociales; sentimientos de culpa, lo cual es una emoción destructiva y dolorosa; pensamiento negativo o distorsiones cognitivas; y los pensamientos suicidas, lo cual es muy común en la depresión mayor.

Síntomas biológicos: desordenes en el hábito de dormir, desajustes en el apetito, puede que éste aumente o disminuya; pérdida del deseo sexual, fatiga y pérdida de la energía, incapacidad paras sentir placer, y antecedentes familiares de depresión, alcoholismo, o desórdenes alimenticios.

Síntomas mixtos: escasa concentración o memoria reciente, abuso del alcohol o drogas, sensibilidad emocional excesiva y cambios repentinos de humor.

Los cuales deben tomarse en cuenta en los criterios específicos del DSM, para realizar el diagnóstico de las diversas alteraciones mentales entre ellas el episodio depresivo mayor y la distimia.

1.2.2 Tipos de Depresión

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (2003), incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor, los más comunes son el trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo distímico y el trastorno bipolar, los que se definen de la siguiente manera:

Trastorno depresivo mayor: la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas, en el cual existe un estado de ánimo deprimido y una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad para realizar sus actividades cotidianas y pérdida del disfrute o placer, en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. La depresión mayor incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión mayor puede ocurrir una sola vez en la vida de una persona, pero mayormente recurre durante toda su vida.

Trastorno distímico: llamado también distimia, la característica esencial es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, de la mayoría de los días, durante al menos dos años, aunque es menos grave y puede no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Muchas de las personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos mayores o severos en algún momento de su vida.

Trastorno bipolar: llamado también maniaco-depresivo, es menos frecuente, se caracteriza por cambios clínicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (maniaco) y fases de ánimo bajo (depresivo). Los cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente son graduales.

1.2.3 Epidemiología

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2010) refiere que la prevalencia del trastorno depresivo oscila, entre el 2.6 y el 5.5% en varones y el 6.0 y 11.8% en mujeres, la depresión en general se presenta dos veces más en las mujeres que en los varones. Además la incidencia de depresión mayor es superior en individuos separados o divorciados, que en personas casadas, sobre todo en varones y en pacientes con enfermedad médica asociada; los trastornos del estado de ánimo constituyen los problemas psiquiátricos que se observan con mayor frecuencia en asistencia sanitaria.

Recientes estudios sugieren que las altas tasas de incidencia ocurre entre adultos jóvenes (12-24 años), y las tasas bajas ocurren en personas de 65 años de edad o más, así que tienen mayor probabilidad de sufrir depresión aquellos que nacieron en las últimas décadas del siglo pasado, posiblemente debido a las influencias del medio externo.

1.3 NIÑEZ

Morón, Gallardo y González (2004) definen la niñez como una época clave de la vida del ser humano, en la cual se configuran todas las bases afectivas e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo depende buena parte el fracaso o éxito posterior de cada individuo en su proyecto vital.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2005) la define como un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en donde niños y niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse.

Por otro lado la niñez también puede entenderse como un período determinado, medible por un intervalo de edad. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

(2010) considera que los derechos del niño abarcan hasta los 18 años de edad, salvo que la legislación del país prevea la mayoría de edad antes.

La convención de los derechos del niño (1990) refiere que en 1948 la Asamblea general de las Naciones Unidas aprueba la declaración universal de los derechos del niño, cuyo artículo 25 se refiere al niño como poseedor de derechos a cuidados y asistencia especiales.

Morón, Gallardo y González (2004) divide la niñez en tres grandes fases:

Fase de lactancia: inicia desde el momento del nacimiento hasta la adquisición del lenguaje y la capacidad de andar.

Primera infancia: es el periodo comprendido entre el final del primer año hasta el sexto o séptimo año de vida; se caracteriza por un fuerte desarrollo de la capacidad de exploración del niño, así como de desarrollo intelectual con un progresivo dominio del lenguaje.

Es en ésta etapa en donde el niño descubre una relación familiar y comienza muy primariamente la relación con los compañeros.

Segunda infancia: comprende desde los seis o siete años hasta la pubertad, con la cual se va iniciar la adolescencia; la principal característica de ésta fase, es que ahora el niño ya se sumerge plenamente en el mundo real e intenta adaptar su comportamiento a las variadas condiciones externas.

Así mismo se produce una fuerte identificación del niño con el padre, y de la niña con la madre, con lo que se supone una aceptación de los roles sexuales y sociales.

1.3.1 Necesidades en la niñez

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2010) refiere en su propuesta de un sistema de indicadores sobre bienestar infantil que, un niño comienza su vida como un ser completamente dependiente, y depende de los adultos para su crianza y para recibir la orientación que necesita a fin de convertirse en una persona independiente. Por lo general los niños satisfacen sus necesidades en el marco de una familia, pero cuando los cuidadores primarios no pueden satisfacerlas, la sociedad debe buscar una solución.

Los gobiernos deben mostrar sensibilidad hacia los derechos de todos los ciudadanos, principalmente las de la población infantil, ya que las repercusiones son más graves en la infancia, que sobre cualquier otro grupo de la sociedad. Las investigaciones sociales demuestran que las primeras experiencias de los niños y niñas influyen considerablemente sobre su desarrollo futuro, así mismo el rumbo de su desarrollo determina su contribución a la sociedad a los largo de sus vidas.

Para que un niño tenga un desarrollo adecuado, necesita cumplirse determinadas condiciones; entre ellas se encuentran las de naturaleza biológica, social y afectiva; Morón, Gallardo y González (2004) identifican las siguientes necesidades:

a) Necesidades de carácter físico-biológico:

- Alimentación.
- Temperatura.
- Higiene.
- Sueño.
- Actividad física: ejercicio y juego.
- Integridad física y protección de riesgos reales.

b) Necesidades cognitivas:

- Estimulación sensorial.
- Exploración física y social.
- Comprensión de la realidad física y social.
- Adquisición de un sistema de valores y normas.

c) Necesidades emocionales y sociales:

- Seguridad emocional, identidad personal y autoestima.
- Red de relaciones sociales.
- Participación y autonomía progresiva.
- Protección de riesgos imaginarios.
- Interacción lúdica.

1.3.2 Niñez guatemalteca

La situación de la niñez guatemalteca, aún sigue siendo crítica y penosa, conforme a las estadísticas nacionales y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2000), se estima que más de la mitad de la población guatemalteca es menor de 18 años y que aproximadamente el 64% de la niñez vive en la pobreza. Las estadísticas nacionales tienden a indicar que los niños menores de cinco años, sufren los más altos niveles de pobreza, de hecho el 61.7% de los mismos viven en condiciones de extrema pobreza, y el 41% padece algún nivel de desnutrición, lo cual equivale a 756,000 niños y niñas en esa situación. Por ende la mortalidad infantil tiene un índice de 89 niños y niñas, por cada 1000 niños y

niños nacidos vivos, en el año 2000 Guatemala tenía un porcentaje de 32% de analfabetismo y el promedio de escolaridad era de 4.5 años de educación formal, con grandes brechas entre lo rural, urbano, de género y étnia. El ausentismo escolar infantil es elevado, la repetición escolar refleja problemas en el sistema educativo, y el abandono escolar es del 7% en la primaria, éste último a causa de la migración por estación, el trabajo infantil y las responsabilidades domésticas.

Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2003) la adopción infantil es un tema muy preocupante en Guatemala, en el año 2002 se efectuaron 2,548 adopciones, esto lleva al país a tener uno de los índices más altos de adopción internacional, lo cual pone en evidencia que la niñez es una población vulnerable y no ha presentado los avances y mejorías anhelados.

1.3.3 Doctrina de la situación irregular

Calderón (2008) refiere que la doctrina de la protección integral surgió hace casi dos décadas, como resultado de una pacífica revolución de los derechos del niño y del adolescente; su origen remota a la Convención internacional de los Derechos del Niño adoptada por las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989; Guatemala acogió dicho convenio un año después, exactamente el 03 de agosto de 1990. En cumplimiento de la Convención, la mayoría de Estados firmantes han introducido modificaciones o reestructuraciones legislativas en sus leyes internas para acoger los principales parámetros de la doctrina de protección integral.

Durante muchos siglos, los niños fueron sometidos al mismo tratamiento legal que los adultos, no importaba pues sí el delito era cometido por un adulto, por un adolescente o por un niño, todas las violaciones a la ley penal eran sancionadas de la misma forma. El límite de la inimputabilidad se fijó a la corta edad de 9 años, los infractores de la ley que superaban dicha edad, eran privados de su libertad.

La doctrina de la situación irregular exigió la protección del niño y su reeducación, basado en la naturaleza misma de los menores que infringían las leyes penales y aquellos que se encontraban en situación de abandono, niños que representaba un peligro social, por lo que el Estado en pleno uso de sus facultades debía controlarlos a través de políticas y normas de control. La niñez y la adolescencia fueron entendidas como etapas de la vida del ser humano previas a su madurez adulta, a las que la ley debía asignarles una condición jurídica especial denominada minoridad.

Principales características:

- a) Únicamente contemplaba a los niños catalogados como vulnerables: Niños infractores de las leyes penales o partícipes de conductas antisociales, niños en estado de abandono material y moral, niños en situación de riesgo, niños cuyos derechos se habían visto magullados y niños con discapacidad física y/o mental.
- b) Consideraba que dicho niños constituían un riesgo social, por lo tanto eran objeto de tutela, se les catalogó como “menores”.
- c) En el ámbito jurisdiccional el Juez actuaba con absoluta discrecionalidad, no existía contradictorio, ni garantías procesales, podía disponer del menor adoptando la medida que estimara conveniente.
- d) El Estado ejerció un rol “paternalista”, directamente asumió el compromiso de proteger al infante; estableciendo para ello, políticas proteccionistas de control, por las cuales de alguna forma dispuso de la vida de los menores.

e) En el ámbito tutelar, un menor pobre podía considerarse en situación irregular de abandono, por lo que el Estado tenía potestad para separarlo de sus padres.

1.3.4 Doctrina de la protección integral

De la misma manera Calderón (2008) hace mención de la doctrina de la protección integral que significó un nuevo paradigma en el tratamiento de los derechos humanos del niño, considerando por niño a toda persona menor de 18 años, tal y como propugna la Convención sobre los Derechos del Niño, esta doctrina surgió para superar a su antecesora, la doctrina de la situación irregular, que había influido en todos los códigos de menores durante casi todo el siglo XX.

A nivel internacional, la doctrina de la protección integral es uno de los más grandes aportes que brindó a la humanidad la Convención sobre los Derechos del Niño, celebrada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Atribuye una gran importancia al principio de la unidad familiar y a la responsabilidad conjunta de la familia y el Estado en la protección de los derechos del niño, al tiempo que realiza un significativo aporte a la legislación sobre derechos humanos al definir el contenido de los derechos de la familia, describiendo con gran detalle la red de derechos y deberes que interrelacionan al niño, la familia y el Estado.

La doctrina de la protección integral se centra por tanto en dos claras posiciones, por un lado reconoce que el niño por su condición de ser humano en desarrollo requiere que se le reconozca una protección especial atendible a su intrínseca naturaleza de debilidad, de vulnerabilidad; y por otro lado, se le brinda la calidad de sujeto de derechos y deberes. Queda claro entonces que la Convención plasma la doctrina de la protección integral como el nuevo arquetipo, que debe ser recogido, respetado y regulado por las legislaciones internas de los Estados

firmantes; la doctrina de la protección integral reseña como su intrínseca esencia el hecho que el niño, sin importar su edad, su sexo, su condición social, etc; es decir toda aquella persona que tenga menos de 18 años de edad, debe ser considerado como sujeto de derechos; el niño a partir de ese momento es capaz de ejercer por sí mismo derechos fundamentales y al mismo tiempo, asume también deberes. Otro de los cambios propugnados, fue la eliminación del término “menor” al que hacía referencia la doctrina de la situación irregular, por el término “niño”. Reiterando que el niño dejó de ser objeto del binomio compasión-represión y objeto de tutela por parte del estado propugnado por la doctrina de la situación irregular, para convertirse en sujeto pleno de derechos.

Principales características:

- a) Contempla y reconoce a todos los niños como sujetos de derechos, sin hacer distinción alguna. Se les reconoce los derechos humanos de todo ciudadano, en la idea de que son atributos propios de su intrínseca condición humana. Además de reconocérseles todos los derechos de los adultos, se les reconoce derechos especiales, por su condición de vulnerabilidad al ser sujetos en desarrollo.
- b) Se cambia la acepción menores, por el término “niño”, esto no simplemente responde a una opción terminológica, sino a una concepción distinta, el cambio de un ser desprovisto de derechos y facultades de decisión, por un ser humano, sujeto de derechos.
- c) El Juez únicamente interviene cuando existan conflictos jurídicos o vulneración de la ley penal, existe acusación, derecho a la defensa y derecho a un debido proceso con todas las garantías legales, su actuación está limitada al interés superior del niño, únicamente

puede privar al niño de su libertad ambulatoria como última ratio, como excepción, cuando se haya infringido en forma reiterada y grave la ley penal y por el término más breve posible. El Juez sólo se avoca a conocer problemas de orden jurídico. El Juez está obligado a escuchar al niño y tener en cuenta su opinión, atendiendo su particular condición etarea.

d) Mediante políticas públicas y de protección especial, el Estado se convierte en promotor del bienestar del niño.

e) Por motivos de pobreza, jamás se podrá separar al niño de sus padres, por lo mismo el Estado asume un deber solidario, fomentando programas de salud, vivienda y educación para la gente de escasos recursos económicos.

1.3.5 Niños huérfanos institucionalizados

Roggenbuck (1993) menciona que desde la historia se puede establecer casos de huérfanos institucionalizados, tal y como lo hizo el Papa Inocencio III, quien estableció en Italia la primera casa para niños abandonados, cuando aparentemente le molestó la vista de tantos cuerpos infantiles flotando en las aguas del Tiber. Algunos padres que no deseaban matar a sus hijos los mandaban al campo con nodrizas o los depositaban en asilos u orfanatos, donde era muy probable que murieran.

Revuelta (2012) refiere que en la Europa del siglo XIX, los abandonos temporales se convirtieron en una parte integral del abandono dado que las casas de expósitos superaron su uso tradicional de mitigar el peso de la vergüenza (a través de la renuncia de las madres solteras a sus hijos ilegítimos) al permitir que viudos, viudas y parejas casadas pobres abandonaran sus niños en ellas y los

recuperaran un tiempo después, cuando habían adquirido un cierto nivel de estabilidad económica mientras que aquellos que abandonaban por los otros sistemas recuperaban a sus hijos cuando la situación que había provocado el abandono había mejorado; esto fue permitido hasta 1929.

Los niños huérfano institucionalizados carecen del estímulo social e intelectual suficiente, los cuales no reciben el vínculo y la estimulación normal de la relación madre-hijo, ellos se caracterizan por la ausencia de uno o de ambos padres, ya sea por muerte, separación o abandono.

La comisión interamericana de derechos humanos (2003) refiere a cerca de la seguridad social, en la cual el niño tiene derecho a beneficiarse de las ayudas del gobierno y la seguridad social, cuando los recursos de los padres sean escasos; de ahí parte el principio de toda institución que se dedica a albergar a los niños huérfanos.

Castro (2010) en un artículo de El Periódico, titulado: Los huérfanos en Haití y Guatemala ¿Serán parecidas las circunstancias?, hace una comparación entre Guatemala y Haití, los cuales son países con un número significativo de huérfanos y niños abandonados y en riesgo social; los factores que influyen en Guatemala son la violencia y la emigración. Además es un país propenso a desastres naturales tales como, huracanes y terremotos; tal y como sucedió en el terremoto del 4 de febrero de 1976, en el que miles de niños quedaron en la orfandad, motivo por el cual varios hogares empezaron a albergar a aquellos niños.

Es de suma importancia reconocer la existencia de muchos niños abandonados y maltratados en un país que avanza muy poco y lentamente en materia de prevenir el abandono, el maltrato, disminuir los riesgos sociales y facilitarles una familia estable y permanentemente a los niños.

Dado que todo niño tiene el derecho a vivir en una comunidad sana, en el seno de una familia estable, ya sea ésta biológica o adoptiva; mientras más temprano en la

vida el niño esté seguro y en familia, mejor será su crecimiento y desarrollo, su bienestar, su integridad y su felicidad.

1.3.6 Ley de protección integral de la niñez y adolescencia

Según decreto número 27-2003, del congreso de la República de Guatemala, decreta la ley de protección integral de la niñez y adolescencia; en la sección V derecho a la familia y a la adopción, refiere que, todo niño tiene el derecho a la familia, en el que niño, niña y adolescente debe ser criado y educado en el seno de su familia y excepcionalmente, en familia sustituta, asegurándole la convivencia familiar y comunitaria, en ambiente libre de la presencia de personas dependientes de sustancias alcohólicas y psicotrópicas que produzcan dependencia. El Estado deberá fomentar por todos los medios, la estabilidad y bienestar de la familia, como base de la sociedad; creando las condiciones para asegurarle al niño, niña y adolescente la convivencia familiar y comunitaria en un ambiente sano y propicio para su desarrollo integral.

Con respecto a la adopción, el Estado reconoce la institución de la adopción de los niños, niñas y adolescentes debiendo garantizar que en el ejercicio de ésta se atienda primordialmente a su interés superior y conforme a los tratados, convenios, pactos y demás instrumentos internacionales en esta materia aceptados y ratificados por Guatemala. Solamente las autoridades competentes deberán determinar con apego a las leyes, procedimientos aplicables y sobre la base de toda información pertinente y fidedigna, que la adopción es admisible.

La Ley de Protección Integral de la Niñez y la adolescencia, establece las funciones y alcances, así como los objetivos de las instituciones obligadas de intervenir en los procesos de protección de todos aquellos casos de menores que han sido amenazados o violentados en sus derechos. Es importante que se conozca el ámbito de sus competencias y las atribuciones de las mismas, porque

a cada denuncia o conocimiento que tengan acerca de un niño o adolescente maltratado, debe dársele seguimiento, para otorgar con urgencia, las medidas que el Juez de la Niñez y la Adolescencia establezca, para proveerle de la protección que necesita, aunque ésta deba otorgársele, fuera de su hogar, como en una institución o de forma provisional en un hogar sustituto.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños huérfanos institucionalizados, son un grupo vulnerable a sufrir depresión infantil, debido a que en la mayoría de los casos, los niños no logran cubrir sus necesidades afectivas y emocionales; tales como la identificación, el reconocimiento, la aceptación, la pertenencia y la comprensión, todo ello es fundamental para el crecimiento personal y el bienestar psicológico.

Considerando que la relación más temprana que se establece y que permite regular el sistema emocional es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más próximo, que generalmente es la madre, la cual se encarga de responder a las señales o reacciones emocionales; el apego hace sentir al individuo los primeros sentimientos positivos como: la seguridad, el afecto y la confianza; pero la ausencia de éste crea en el niño sentimientos negativos, tales como: la inseguridad, el abandono y el miedo.

La depresión en niños no tiene la misma expresión que para el adulto, esto difiere según la edad. Al niño regularmente le agrada explorar, jugar, estar al pendiente de sus propios deseos, se integra bien con niñas y niños en el juego; sin embargo el niño deprimido presenta una serie de síntomas que interfieren en su desarrollo e interacción con su medio, tales como: tristeza persistente, pensamientos o expresiones negativas o bien suicidas, baja autoestima, aburrimiento, alteración notoria en los patrones de comer y dormir, aislamiento social, comunicación pobre, etc., estos síntomas implican una disminución significativa en sus capacidades, por lo que el diagnóstico debe ser lo más inmediato posible.

El diagnóstico de la depresión infantil es muy complejo, ya que ésta puede estar ligada a los trastornos del comportamiento, por lo que se debe valorar adecuadamente los elementos no verbales; como: la expresión postural, la interacción con los demás, o bien, el aislamiento o la pérdida de interés. Su identificación es primordial y necesaria; para así brindar la atención adecuada y

evitar que la depresión repercuta significativamente en la vida y en el desarrollo de los niños.

Por lo que el presente estudio pretendió responder a la interrogante ¿existe depresión infantil en niños huérfanos institucionales, de 8 a 12 años, del Hogar Santa María de Guadalupe, del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango?

2.1 Objetivos

General:

- Conocer si existe depresión infantil en los niños huérfanos institucionalizados del Hogar Santa María de Guadalupe, del municipio de Santa Apolonia Chimaltenango.

Específicos:

- Identificar el porcentaje de niños huérfanos institucionalizados que se encuentran en la escala de total positivo.
- Determinar el porcentaje de niños huérfanos institucionalizados que se encuentran en la escala de total depresivo, y fomentar en las autoridades la importancia de que reciban el tratamiento adecuado.
- Determinar mediante la aplicación del cuestionario de depresión para niños, en qué subescala se encuentran los niños huérfanos institucionalizados.

2.2 Variables de Estudio

Variable dependiente: Depresión Infantil

Variable independiente: Niños huérfanos institucionalizados

2.3 Definición de Variables

Definición Conceptual

Depresión Infantil

Rodríguez y Ortiz (2007) indican que la depresión infantil es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañado de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar y en la comunidad; la condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones del niño.

Cabrera y Jiménez (2004) refieren que es una situación afectiva de tristeza mayor, en intensidad y duración que ocurre en un niño, surge a causa de cambios importantes y estrés, como lo es el resultado de la pérdida de los padres, un divorcio, problemas familiares o en la escuela.

Niños Huérfanos Institucionalizados

La red latinoamericana de acogimiento familiar (2010) refiere que los niños huérfanos institucionalizados, son aquellos que viven sin el cuidado de sus padres, y reciben como medida de protección el ingreso a un sistema de atención residencial, en donde les ofrecen la satisfacción de sus necesidades básicas, debido a la carencia de sus padres, familiares o tutores.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2006) indica que la institucionalización es la acogida indiscriminada para niños sin padres, en la que la atención residencial facilita experiencias de interacción social, y puede ofrecerle

un tratamiento global ayudándole a desarrollar sus habilidades sociales y de comunicación.

Definición Operacional

Para efectos de estudio la variable depresión infantil, fue operacionalizada a través del Cuestionario de Depresión Infantil, considerando las dos subescalas: total depresivo y total positivo, el cual se administró de forma grupal, y mediante él se identificaron a los niños con depresión infantil.

Así mismo la variable niños huérfanos institucionalizados, fue operada mediante una muestra de niños, que residen en el Hogar Santa María de Guadalupe, del municipio de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango.

2.4 Alcances y límites

La investigación se llevó a cabo con 25 niñas y niños, comprendidos en el rango de edad de 8 a 12 años, del Hogar Santa María de Guadalupe, del municipio de Santa Apolonia Chimaltenango, siendo para éste estudio una muestra significativa, que incluyó infantes de ambos sexos, indígenas y no indígenas, provenientes de diferentes partes del país, determinando así el porcentaje de depresión infantil, beneficiando a dicha población con la identificación de niños deprimidos.

Una de las limitantes de la investigación es que los resultados únicamente pueden utilizarse en poblaciones con similares características.

2.5 Aporte

Este estudio ayudó en gran manera a la identificación del porcentaje de niños deprimidos, considerando que en la actualidad pocas veces son identificados, es un apoyo fundamental a la psicología clínica, especialmente en un área en donde

la psicología aún no es muy conocida, ya que procedió a evaluar e informar a cerca de la sintomatología y las repercusiones que ésta provoca; tomando en cuenta que, los niños huérfanos institucionalizados conforman un grupo muy vulnerable a padecer de depresión infantil.

Es un aporte más a la Universidad Rafael Landívar, respecto al tema de depresión infantil, interrelacionándolo con niños huérfanos institucionalizados.

Para la población este estudio fue de ayuda, porque les brindó herramientas en la identificación de la depresión infantil, para así brindarles el tratamiento adecuado a los niños que lo necesiten.

III MÉTODO

3.1 Sujetos

El presente estudio abarcó una muestra de 25 sujetos, niñas y niños huérfanos del Hogar Santa María de Guadalupe, del municipio de Santa Apolonia Departamento de Chimaltenango, comprendidos entre el rango de edad de 8 a 12 años, provenientes de distintos grupos culturales.

Código	Género	Edad
01	F	9
02	M	12
03	M	12
04	F	10
05	F	12
06	F	12
07	M	12
08	M	12
09	M	8
10	M	12
11	M	8
12	M	12
13	F	9
14	M	10
15	M	10
16	M	12
17	F	12
18	F	12
19	M	12
20	F	12
21	F	9
22	F	12
23	F	9
24	F	9
25	F	12

Fuente: Muestra de la población de niños del Hogar Santa María de Guadalupe
Referencias: F: femenino M: masculino

3.2 Instrumento

Para el trabajo de campo, se utilizó la prueba psicométrica CDS Cuestionario de Depresión para Niños; ésta prueba contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo, puede ser aplicado de manera individual o grupal. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos sub-escalas generales independientes. Total depresivo (TD) y Total positivo (TP).

Dentro de cada una de estas dos dimensiones, se agrupan elementos por el contenido de los mismos en varias sub-escalas, que podrían describirse brevemente de la siguiente manera:

Total Depresivo (con seis sub-escalas):

RA: Respuesta afectiva (con ocho elementos): alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto, de tal modo que a mayor puntuación mayor número de respuestas afectivas negativas.

PS: Problemas sociales (con ocho elementos): se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento o soledad del niño.

AE: Autoestima (con ocho elementos), se relaciona con la intensidad de sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo del niño en relación con su propia estima y valor.

PM: Preocupación por la muerte/salud (siete elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

SC: Sentimiento de culpabilidad (con ocho elementos): Se refiere a la autopunición del niño.

DV.: Depresivos Varios: (con nueve elementos) incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Positivo (con dos sub-escalas):

AA: Animo-alegría (con ocho elementos, puntuados en el polo opuesto): Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o su incapacidad para experimentar. Así, a mayor puntuación en la escala (de tipo inverso) mayor carencia de dichos sentimientos existe en la vida emocional del niño.

PV: Positivos varios (con diez elementos, puntuados en el polo opuesto). Incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no que no pudieron agruparse para formar una entidad y cuya ausencia (puntuación alta) puede suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño.

3.3 Procedimiento

- Selección del tema.
- Presentación del tema.
- Aprobación del tema.
- Solicitud de autorización a la institución para realizar la investigación.
- Visita a la institución para consensuar las fechas en las que, se seleccionara a la muestra.
- Investigación de antecedentes.
- Elaboración del marco teórico.
- Planteamiento del problema.
- Descripción del método.

- Proceso estadístico.
- Aplicación del cuestionario de depresión para niños.
- Análisis y tabulación de resultados.
- Conclusiones y recomendaciones, acordes a los resultados obtenidos.
- Elaboración del informe final de la investigación.

3.4 Diseño de la Investigación

Dadas las características de la investigación, se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, Achaerandio (2000) menciona que dicha investigación se caracteriza por ser un estudio sistemático y empírico de las variables entre sí, lo que significa que las variables no son manipuladas, así como la influencia y la relación entre variables.

3.5 Metodología Estadística

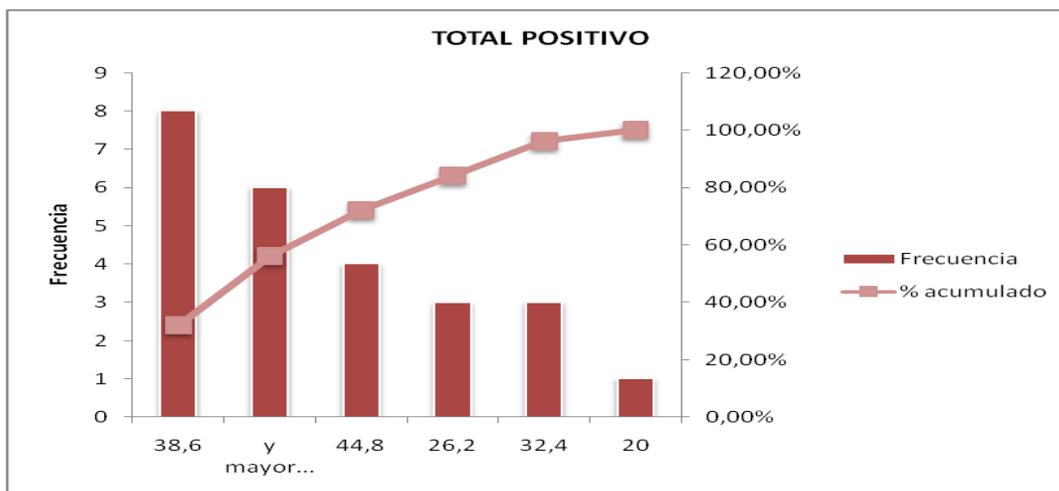
En el presente estudio se utilizó una metodología estadística descriptiva, Gonzalvo (1978) refiere que esta metodología simplifica afirmaciones referentes a medidas realizadas a una población determinada; es útil para la descripción numérica de un grupo particular, considerando que ninguna conclusión va más allá del grupo descrito.

Los cálculos de la estadística descriptiva se realizaron en relación a medidas de tendencia central y medidas de dispersión, utilizando el programa Excel de Office, y posteriormente a la tabulación de los resultados, lo cual nos llevó a las conclusiones de la investigación.

IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan las siguientes graficas que muestran los resultados obtenidos de la aplicación del test CDN cuestionario de depresión para niños, del estudio realizado en el Hogar de niños Santa María de Guadalupe, con la finalidad de identificar la puntuación en las diferentes escalas.

Grafica 1
Escala Total Positivo, Cuestionario de depresión para niños CDN



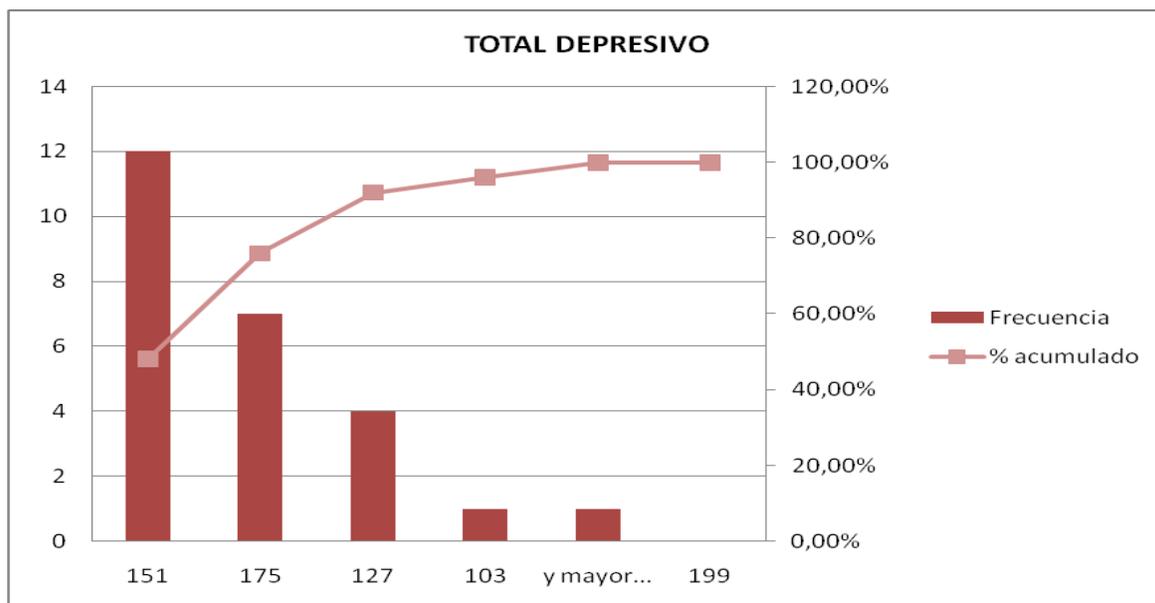
Puntajes en el CDN 1

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
20	1	4,00%	38,6	8	32,00%
26,2	3	16,00%	y mayor...	6	56,00%
32,4	3	28,00%	44,8	4	72,00%
38,6	8	60,00%	26,2	3	84,00%
44,8	4	76,00%	32,4	3	96,00%
y mayor...	6	100,00%	20	1	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

En la grafica 1 se observa que el 60% de la población de estudio se encuentra entre los puntajes de 20 a 38.6, lo que hace referencia que dicho porcentaje de niños mantiene pensamientos y características positivas, en comparación el 40% que corresponde a los puntajes 44.8 a más, presenta características no positivas.

Grafica 2
Escala Total Depresivo, Cuestionario de depresión para niños CDN



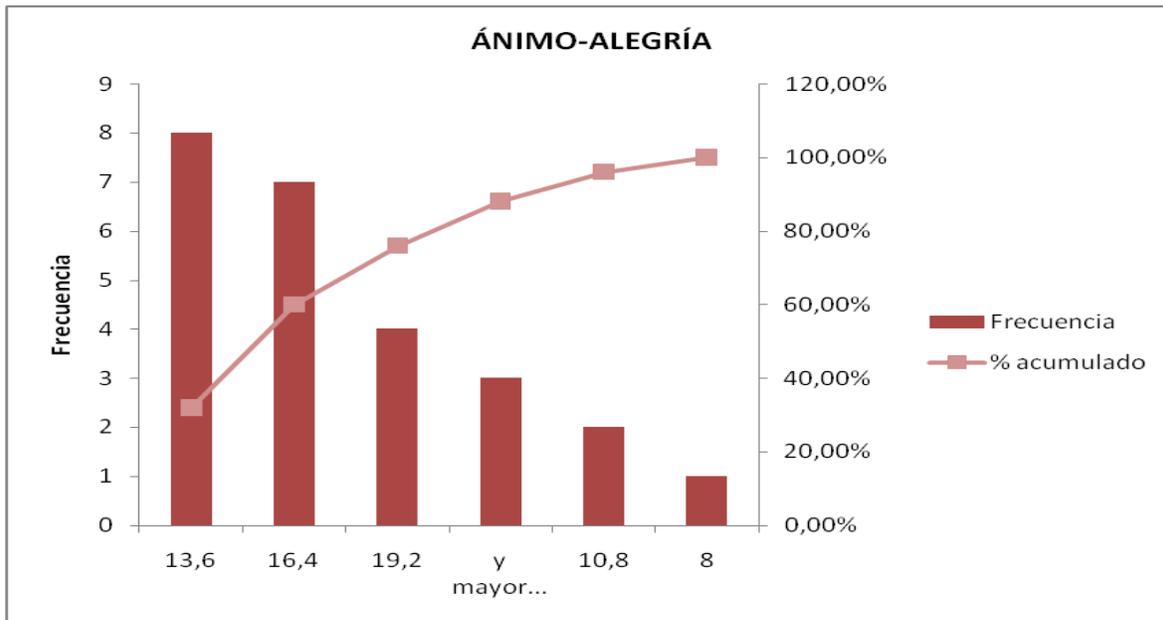
Puntajes en el CDN 2

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
103	1	4,00%	151	12	48,00%
127	4	20,00%	175	7	76,00%
151	12	68,00%	127	4	92,00%
175	7	96,00%	103	1	96,00%
199	0	96,00%	y mayor...	1	100,00%
y mayor...	1	100,00%	199	0	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

La grafica 2 hace una representación de los resultados obtenidos en la escala de total depresivo, se puede observar que el 68% de la población de estudio se encuentra ubicada entre los puntajes de 103 a 151, lo que refiere que dicho porcentaje de niños se mantienen dentro del rango promedio establecido en el baremos de tipificación realizada para Guatemala; sin embargo el 32% que se ubica en los puntajes 175 a más, denota un nivel significativo de características depresivas.

Grafica 3
Subescala Animo-Alegría, Cuestionario de depresión para niños CDN



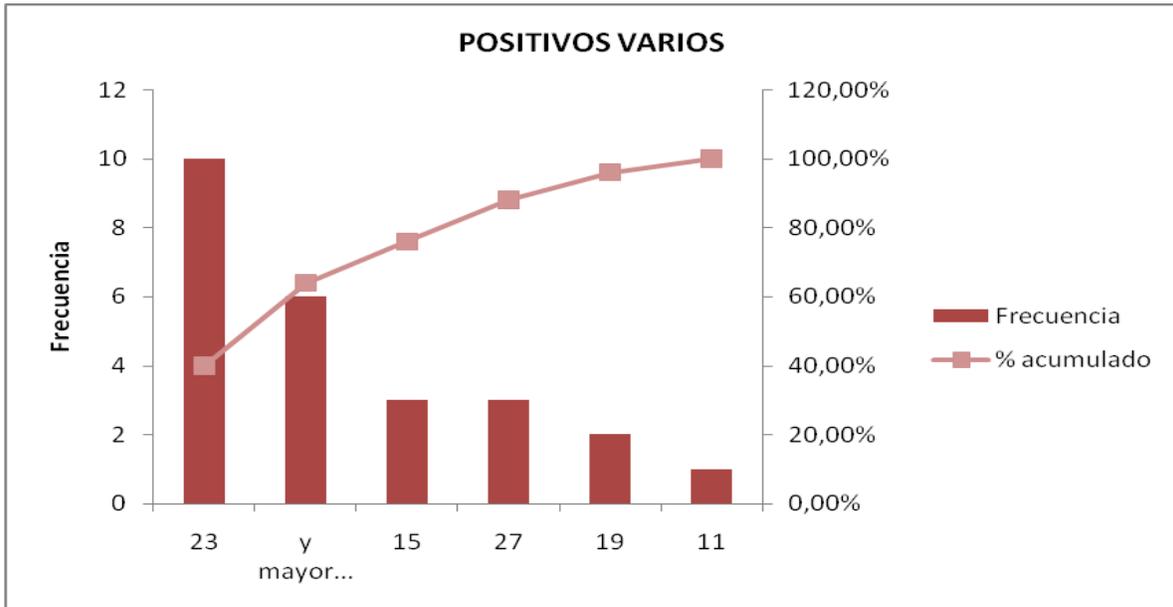
Puntajes en el CDN 3

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
8	1	4,00%	13,6	8	32,00%
10,8	2	12,00%	16,4	7	60,00%
13,6	8	44,00%	19,2	4	76,00%
16,4	7	72,00%	y mayor...	3	88,00%
19,2	4	88,00%	10,8	2	96,00%
y mayor...	3	100,00%	8	1	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

La grafica 3 muestra los resultados obtenidos con respecto a la subescala de ánimo-alegría, y de acuerdo a ello se puede evidenciar que el 72% de niños perteneciente a la población de estudio se encuentran dentro de los puntajes 8 a 16.4, lo cual refiere que dicho porcentaje sí posee factores y pensamientos que permiten la presencia de motivación, sentirse bien consigo mismo, felicidad y buen humor, mientras que el 28% se ubica en los puntajes 19.2 a más, lo que muestra que se encuentran en un rango en donde los factores y pensamientos de ánimo-alegría están ausentes o poco frecuentes.

Tabla 4
Subcala Positivos Varios, Cuestionario de depresión para niños CDN



Puntajes en el CDN 4

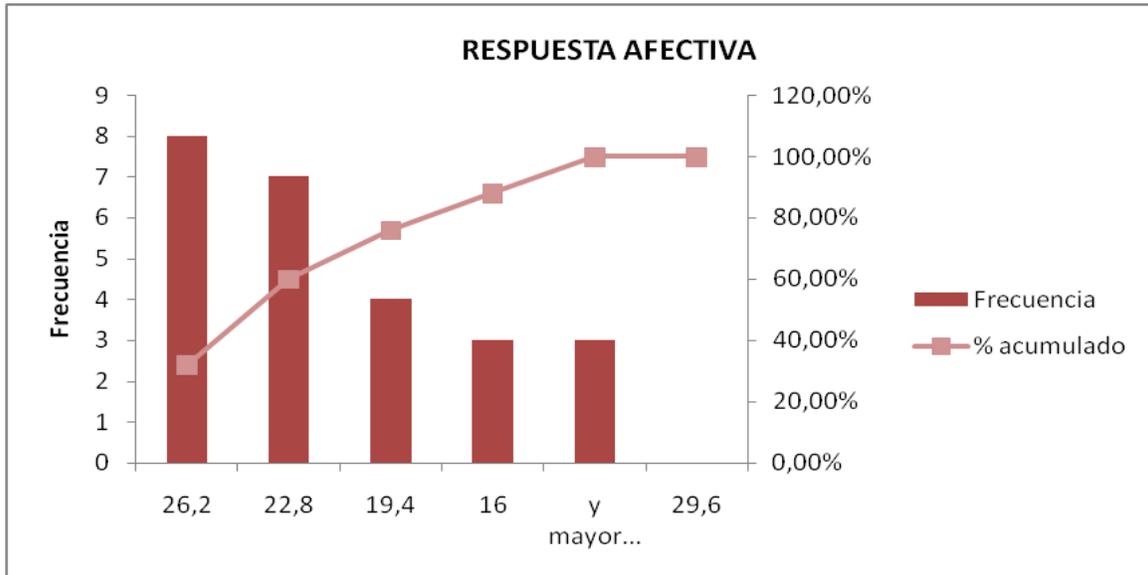
<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
11	1	4,00%	23	10	40,00%
15	3	16,00%	y mayor...	6	64,00%
19	2	24,00%	15	3	76,00%
23	10	64,00%	27	3	88,00%
27	3	76,00%	19	2	96,00%
y mayor...	6	100,00%	11	1	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

De acuerdo a la grafica podemos ubicar a un 24% de la población, que tiene un puntaje de 11 a 19, lo cual hace referencia que dicho porcentaje sí posee factores que permiten la presencia de características positivas varias, como: sentirse orgulloso de sí mismo y saber que las personas que lo rodean también se sienten orgullosos de lo que hace y es; mientras que un 52% que se ubican en los puntajes 23 a 27, se encuentra dentro del rango promedio según el baremo de tipificación realizada para Guatemala, y el 24% restante se ubican en los

percentiles 27 a más, lo cual denota una clara ausencia de características que impide que se sienta orgulloso de sí mismo.

Grafica 5
Subcala Respuesta Afectiva, Cuestionario de depresión para niños CDN



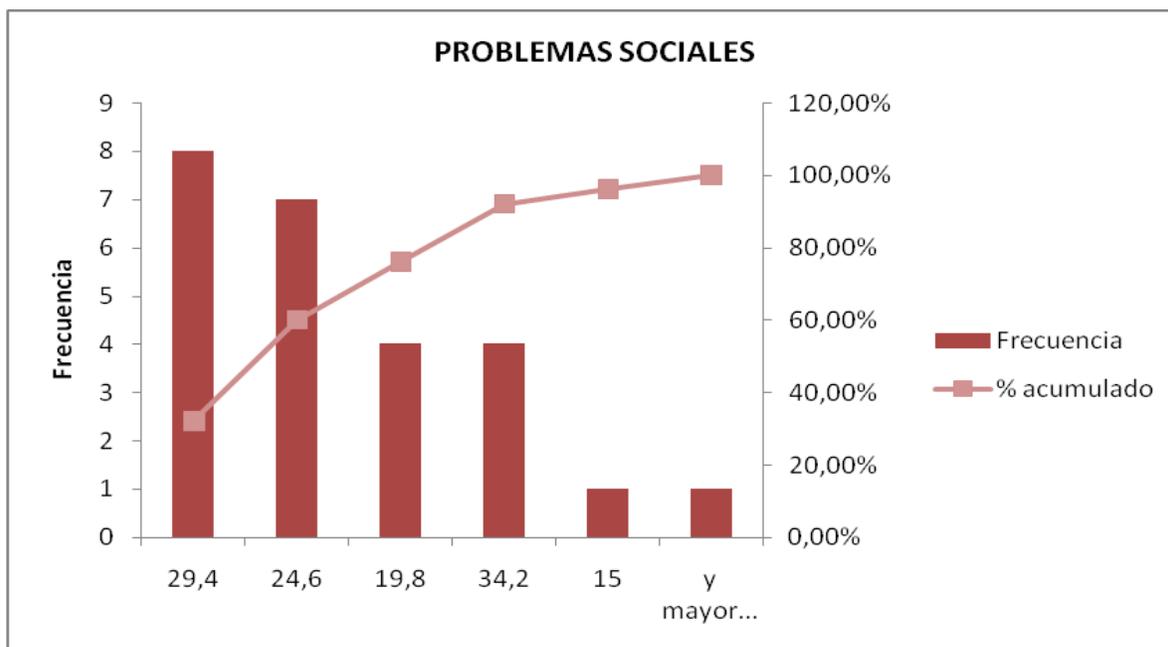
Puntajes en el CDN 5

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
16	3	12,00%	26,2	8	32,00%
19,4	4	28,00%	22,8	7	60,00%
22,8	7	56,00%	19,4	4	76,00%
26,2	8	88,00%	16	3	88,00%
29,6	0	88,00%	y mayor...	3	100,00%
y mayor...	3	100,00%	29,6	0	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

Se puede observar que el 88% de la población que se ubican en los puntajes 16 a 26.2 se encuentran en el rango promedio, según el baremo de tipificación realizada para Guatemala, lo que hace referencia que dicho porcentaje de niños no presenta sentimientos de tristeza, desesperación y desgracia; en comparación el 12% de la población según los puntajes 29.6 a más, presentan ganas de llorar repentinamente, sentimientos de inferioridad, tristeza y desgracia.

Grafica 6
Subescala Problemas Sociales, Cuestionario de depresión para niños CDN



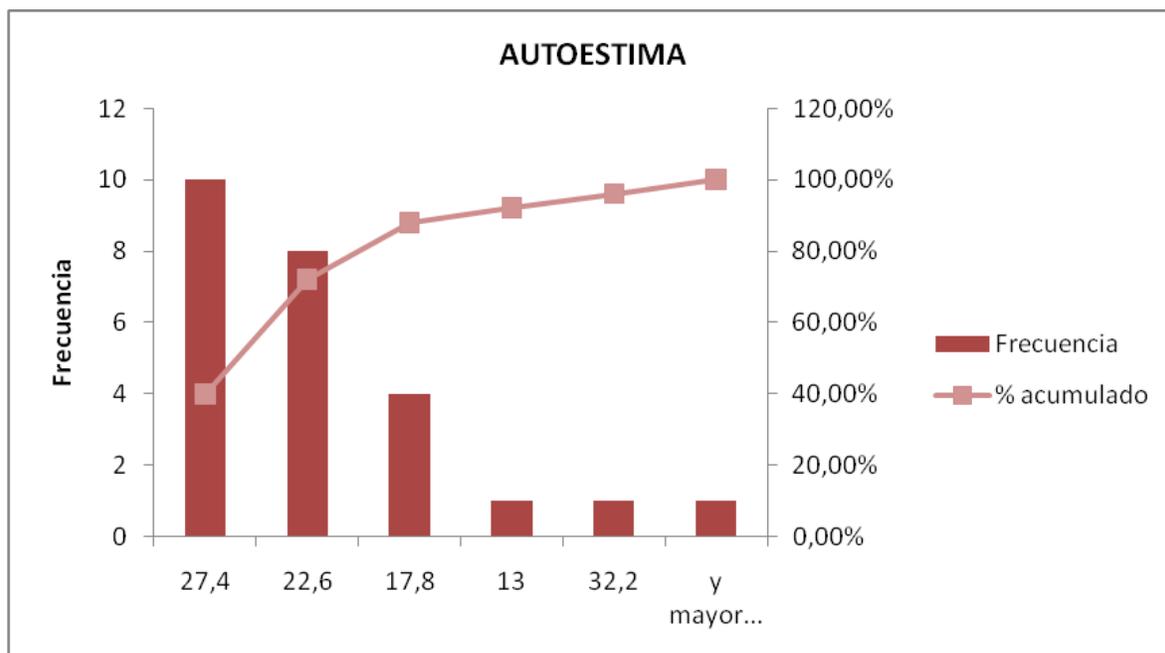
Puntajes en el CDN 6

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
15	1	4,00%	29,4	8	32,00%
19,8	4	20,00%	24,6	7	60,00%
24,6	7	48,00%	19,8	4	76,00%
29,4	8	80,00%	34,2	4	92,00%
34,2	4	96,00%	15	1	96,00%
y mayor...	1	100,00%	y mayor...	1	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

Se ubica al 80% de la población que corresponden a los puntajes 15 a 29.9, en el rango promedio según el baremo de tipificación realizada para Guatemala con respecto a los problemas sociales, sin embargo el 20% que corresponden a los puntajes 34.2 a más, se encuentran en un rango elevado referente a los sentimientos de soledad, incapacidad, vacío y falta de comprensión.

Grafica 7
Subescala Autoestima, Cuestionario de depresión para niños CDN



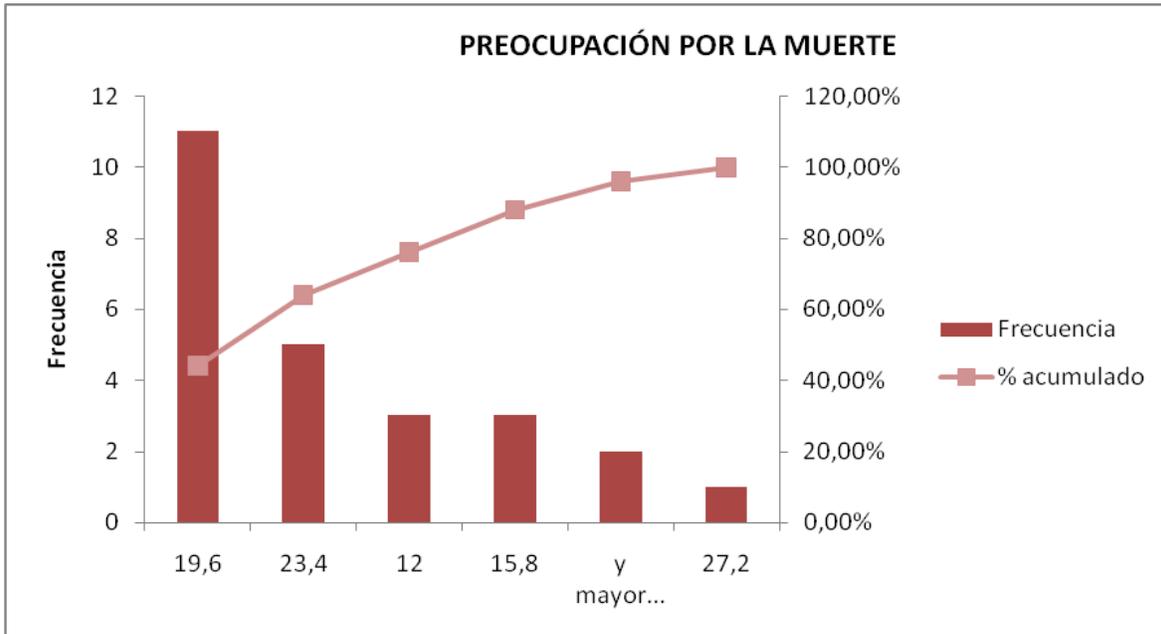
Puntajes en el CDN 7

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
13	1	4,00%	27,4	10	40,00%
17,8	4	20,00%	22,6	8	72,00%
22,6	8	52,00%	17,8	4	88,00%
27,4	10	92,00%	13	1	92,00%
32,2	1	96,00%	32,2	1	96,00%
y mayor...	1	100,00%	y mayor...	1	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

El 20% de la población de estudio, que corresponden a los puntajes 13 a 17.8 se ubica en un rango adecuado con respecto a su autoestima, mientras que el 76%, que se ubica en los puntajes 22.6 a 32.2, mantiene un nivel de autoestima promedio con respecto al baremo de tipificación realizada para Guatemala, y el 4% restante de la población presenta un nivel bajo de autoestima.

Grafica 8
Subescala preocupación por la muerte, Cuestionario de depresión para niños CDN



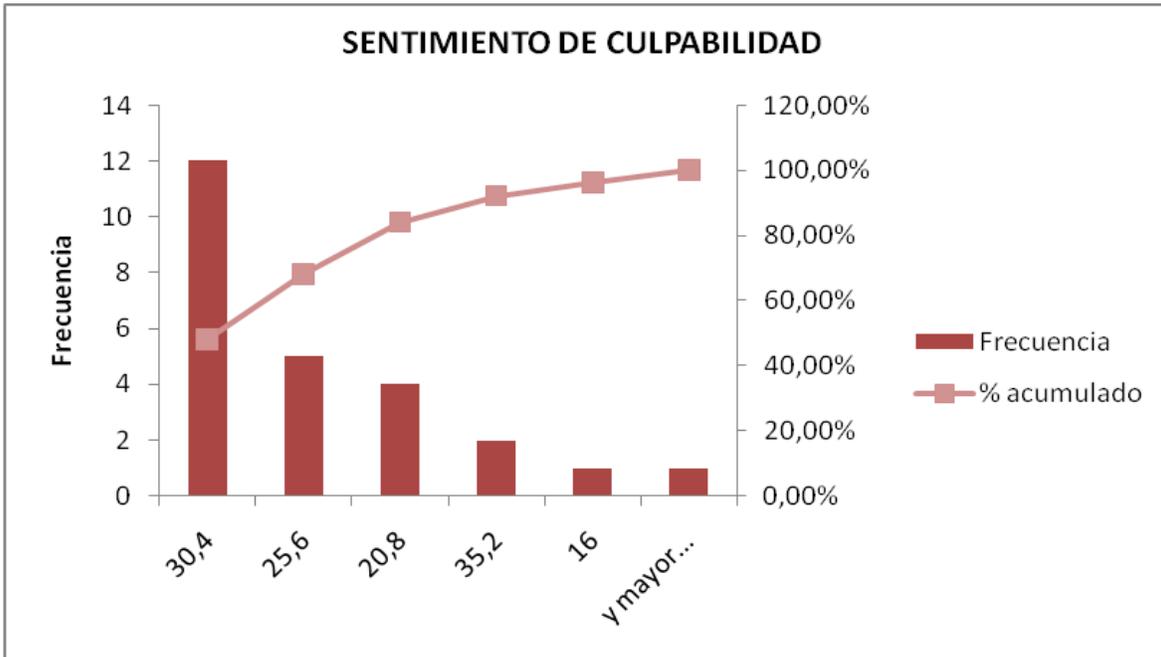
Puntajes en el CDN 8

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
12	3	12,00%	19,6	11	44,00%
15,8	3	24,00%	23,4	5	64,00%
19,6	11	68,00%	12	3	76,00%
23,4	5	88,00%	15,8	3	88,00%
27,2	1	92,00%	y mayor...	2	96,00%
y mayor...	2	100,00%	27,2	1	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

Se evidencia que el 88% de la población estudiada que se ubica en los puntajes 12 a 23,4, se encuentra en el rango promedio según el baremo de tipificación realizada para Guatemala, y el 12% de los percentiles 27.2 a más presentan un nivel elevado de falta de energía y preocupación por la muerte.

Grafica 9
Subescala Sentimiento de Culpabilidad, Cuestionario de depresión para niños CDN



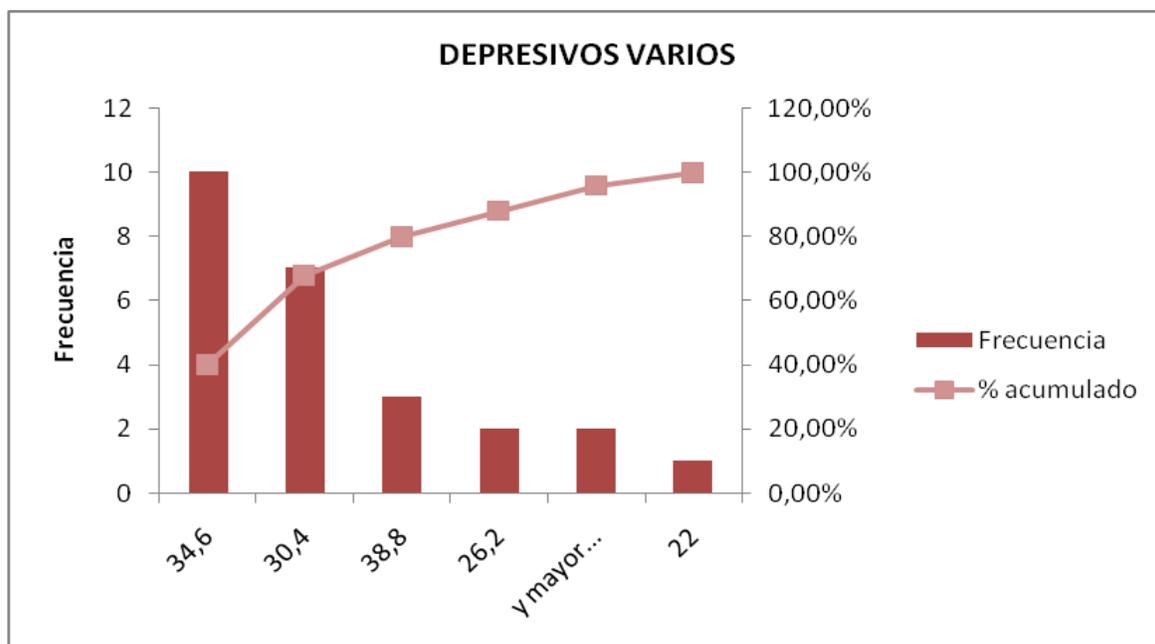
Puntajes en el CDN 9

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
16	1	4,00%	30,4	12	48,00%
20,8	4	20,00%	25,6	5	68,00%
25,6	5	40,00%	20,8	4	84,00%
30,4	12	88,00%	35,2	2	92,00%
35,2	2	96,00%	16	1	96,00%
y mayor...	1	100,00%	y mayor...	1	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

Se indica que el 40% de la población estudiada, que corresponde a los puntajes 16 a 25.6, muestra sentimientos de culpabilidad promedio según el baremo de tipificación realizada para Guatemala, mientras que el 60% que se ubica en los puntajes 30.4 a más presenta un nivel elevado de sentimientos de culpabilidad.

Grafica 10
Subescala Depresivos Varios, Cuestionario de depresión para niños CDN



Puntajes en el CDN 10

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>% acumulado</i>
22	1	4,00%	34,6	10	40,00%
26,2	2	12,00%	30,4	7	68,00%
30,4	7	40,00%	38,8	3	80,00%
34,6	10	80,00%	26,2	2	88,00%
38,8	3	92,00%	y mayor...	2	96,00%
y mayor...	2	100,00%	22	1	100,00%

Hogar Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango

Se hace referencia que el 12% de la población que respecta a los puntajes 22 a 26.2, no presenta factores depresivos varios, mientras que el 68% que es de los puntajes 30.4 a 34.6, se encuentra ubicado en el rango promedio según el baremo de tipificación realizada para Guatemala, y el 20% restante que es de los puntajes 38.8 a más, presenta un nivel alto de factores depresivos varios, como: tristeza, enojo consigo mismo y llanto.

V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En base a los resultados obtenidos en las diferentes escalas, las cuales fueron expuestas en el capítulo anterior, y tomando como referencia los estudios previos realizados, se hace una comparación dando como resultado la siguiente discusión:

Considerando los estudios realizados a nivel nacional, como el de López (2010) quien establece un 65% de depresión infantil, en el estudio realizado a 120 niños y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar; y el de Díaz (2007) quien identificó un 41% de depresión, en una población de adolescentes de hijos de padres alcohólicos; en ambos estudios se muestra un número significativo de la población que presenta depresión, sin embargo la depresión es el resultado de variables que interfirieron en su aparición, como lo es la violencia intrafamiliar y los padres alcohólicos; de la Portilla (2006) reitera que uno de los factores determinantes para presentar depresión es la interacción con el ambiente, los niños huérfanos institucionalizados presenta un 32% de la población con características depresivas, asumiendo que dicha situación social es un factor que influye en la aparición de este fenómeno.

Ante esto es importante mencionar a Bennett (2003) el cual indica que a pesar de las influencias negativas del ambiente, el sentido de pertenencia y el apoyo social son pilares fundamentales para no padecer depresión, considerando que estas son las características que posee el mayor porcentaje de niños huérfanos institucionalizados del Hogar Santa María de Guadalupe para mantener una dinámica positiva en su entorno, a pesar de su situación de orfandad e institucionalidad.

La investigación realizada por Espinoza (2007) por medio del cual estableció en su estudio de caso único que la sujeto de estudio mantiene un equilibrio en la dinámica familiar a través de la sintomatología depresiva, comprueba que el vivir

en un entorno familiar no garantiza la ausencia de depresión; esto se muestra en el presente estudio en donde el 60% de la población mantiene características y pensamientos positivos, a pesar de no vivir bajo un núcleo familiar.

Así mismo se puede mencionar los resultados satisfactorios que se obtuvieron en dos investigaciones, una de ellas es la de López (2007) quien estableció un programa de Inteligencia Emocional para disminuir la depresión infantil, el cual logro una disminución en varios de los indicadores depresivos; y el de Sánchez (2007) quien realizo una aplicación durante tres meses de la Terapia de Juego de Tiempo Limitado a cinco pacientes con síntomas depresivos, diagnosticados VIH positivo, en donde se observo una disminución de los síntomas después de su aplicación; por lo que se asume que estas pueden ser modalidades y terapias alternas efectivas para prevenir y contrarrestar la depresión infantil en los niños huérfanos institucionalizados. Evidenciándose que la subescala de sentimientos de culpabilidad mostro un nivel significativo, se debe considerar la terapia de juego como elemento fundamental en la prevención y tratamiento de la depresión infantil en la población evaluada; Klein (1927) menciona que la terapia de juego hace una sustitución de la verbalización y tiende a ser la vía de acceso al material inconsciente, estableciendo menos angustia que la confesión por la palabra hablada.

Respecto a los porcentajes de prevalencia de la depresión infantil se hace una comparación con investigaciones realizadas a nivel internacional como el de Beltran y Mora (2011) que en su estudio muestra una prevalencia de 16% de depresión infantil en un grupo de estudiantes de un colegio del municipio de Cajicá, lo que indica porcentajes altos de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10%. De la misma forma Rodríguez y Castillo (2011) en su estudio retrospectivo en el Hospital del Niño DIF de Pachuca Hidalgo, identificaron la prevalencia de la depresión infantil en dicha institución; en donde concluyeron que del período de enero a octubre de 2005 la prevalencia es

del 15% de la población total. Los porcentajes obtenidos en el presente estudio no permitieron el diagnóstico de depresión infantil en los niños huérfanos institucionalizados del Hogar Santa María de Guadalupe, sin embargo comparándolo con los resultados de los estudios antes mencionados, el 32% de la población identificada, con características y pensamientos negativos pueden ser significativos, y una señal de alarma para que las autoridades de la institución tomen medidas preventivas y terapéuticas para contrarrestar el fenómeno.

Buj (2007) hace referencia de la presencia de la depresión enmascarada, la cual no muestra trastornos de ánimo, sino presenta síntomas como hiperactividad, conductas antisociales, conducta agresiva y trastornos del aprendizaje, haciendo el diagnóstico de depresión en niños compleja; esta pudiera ser la razón por la cual el 68% de la población no presenta características depresivas según el cuestionario de depresión para niños, sin embargo este resultado se contrasta con el 40% que presenta características no positivas, dando la probabilidad de la presencia de depresiones enmascaradas.

En comparación con otros estudios internacionales Reyna (2005) en su tesis determino la existencia de depresión infantil en niños de 3 a 6 años de edad, del jardín de niños, Dolores Vega Anza; concluyendo que existe una diferencia significativa entre la población de infantes, siendo mayor el número de incidencias en menores de sexo femenino, que en el masculino; de acuerdo a lo mencionado, en el marco teórico es la teoría de Klein (1952) quien avala este resultado ya que fue la que introdujo la noción de depresión infantil, desde los 6 meses de edad; esto da lugar a depresiones desde la infancia, pudiendo ser que la población evaluada del este estudio, de niños de 8 a 12 años, haya presentado en algún momento de su vida un episodio depresivo.

De la Portilla (2006) hace referencia que en un niño escolar (6 a 10 años), por lo general el síntoma clave de depresión es el bajo rendimiento escolar, tal y como

se evidencia en el estudio realizado por Cabrera y Jiménez (2004) quienes hicieron una comparación entre la depresión infantil y el rendimiento académico, teniendo como población a dos grupos diferenciados: uno con presencia de síndrome depresivo y otra sin él; determinando que el grupo con síndrome depresivo presenta un mayor número de síntomas relacionados con el bajo rendimiento escolar, que el grupo sin síndrome depresivo; el presente estudio determinó un 20% de la población con problemas sociales significativos, incluyendo en esta escala los sentimientos de incapacidad y falta de comprensión lo que también interfiere en un bajo rendimiento escolar.

Finalmente y tomando en cuenta las investigaciones nacionales e internacionales mencionadas anteriormente, y haciendo énfasis en el presente estudio, se establece que el abordaje, prevención y tratamiento de la depresión infantil es de suma importancia, y aunque este estudio a diferencia de los otros no muestre la presencia altamente significativa de depresión infantil en la población evaluada, es importante tener en cuenta la presencia de síntomas asociados a la depresión infantil y el porcentaje en el que se determinó la presencia de este fenómeno, así mismo tomar las medidas preventivas y terapéuticas necesarias con el objetivo de favorecer el desarrollo emocional y mental de los niños huérfanos institucionalizados del Hogar Santa María de Guadalupe, ya que de no hacerse puede incrementar el número de niños con síntomas depresivos.

VI CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se pudo concluir que de la población evaluada existe un 68% que no presenta características y pensamientos negativos, y un 32% que si presentan características y pensamientos de tipo depresivo; lo que hace referencia que en los niños huérfanos institucionalizados del Hogar Santa María de Guadalupe, hay un porcentaje de depresión infantil que puede ser una señal de alarma, para que las autoridades tomen las medidas correspondientes y no permitir su incremento.
- El 32% de la población evaluada que presenta características depresivas, puede ser un porcentaje significativo respecto a las cifras internacionales, que apuntan entre un 8 a 10%, habiendo una mayor incidencia en poblaciones vulnerables como los son los niños huérfanos institucionalizados; por ende es importante dar a conocer a las personas involucradas en el cuidado y atención de éstos niños, la sintomatología y repercusiones que la depresión puede ocasionar en el desarrollo del niño.
- Por su lado la escala total positivo apunta un 60% de la población que mantiene características y pensamientos positivos, pero existe un 40% que mantiene características y pensamientos no positivos, dando la probabilidad de la presencia de depresiones enmascaradas, Buj (2007) hace referencia que la presencia de la depresión enmascarada es muy frecuente, ésta no muestra trastornos de ánimo, sino presenta otros síntomas como hiperactividad, conductas antisociales, conducta agresiva y trastornos del aprendizaje; haciendo su identificación y diagnóstico muy compleja.

- Del 32% de niños con pensamiento depresivo, se puede observar una mayor incidencia en la subescala de sentimientos de culpabilidad con un 60% de la población, evidenciando que dicha población maneja un alto nivel de estrés social, lo cual permite el incremento de riesgo para presentar depresión infantil, influenciada quizá por la estructura social en que viven o los antecedentes personales que posean.
- El 76% de la población presenta características positivas varias, como: sentirse bien consigo mismo y sentir que las personas que lo rodean lo aprecian y se sienten orgullosos de lo que hace y es, lo que significa que dichos niños poseen una buena resiliencia, que les permite restablecerse en su medio a pesar de las situaciones negativas, haciendo énfasis en el apoyo social que poseen y la motivación intrínseca.
- Otra de las subescalas con mucha frecuencia es la de respuesta afectiva en donde el 88% de la población no presenta sentimientos de tristeza, desesperación o desgracia, lo que significa que dentro de su entorno existe la probabilidad de que reciban reforzadores positivos que permiten que mantengan sentimientos de alegría y esperanza.
- Un detonante en la salud mental de la población es que en la subescala de autoestima únicamente el 4% presenta un bajo nivel de autoestima, lo que hace referencia que los niños poseen un nivel adecuado de seguridad en sí mismos, lo cual les permite afrontar de una mejor manera las situaciones cotidianas.
- Por lo que se asume que uno de los factores que influyen en la ausencia de depresión en el 68% de la población es la resiliencia, evidenciándose en la subescala de ánimo-alegría en donde existe un 72% de la población que se mantienen con pensamientos positivos a través de la motivación intrínseca, el buen humor, satisfacción de uno mismo y la felicidad.

VII RECOMENDACIONES

- Continuar con el apoyo social, y las diferentes actividades ocupacionales que brindan en la institución, para así seguir motivando el buen humor, la autoestima, los sentimientos de alegría y esperanza, y la satisfacción que los niños tienen de sí mismos, el cual está presente en el 68% de la población evaluada, considerando que estos son pilares fundamentales para contrarrestar la depresión infantil.
- Informar a todas las personas involucradas en el cuidado y atención de los niños huérfanos institucionalizados, a cerca de la sintomatología depresiva para poder identificar a los niños que presenten depresión y fomentar programas y estrategias que permitan contrarrestar a tiempo las consecuencias de éste fenómeno, siendo este resultado de 32% un porcentaje que puede incrementar.
- Planificar talleres que proporcionen estrategias de afrontamiento por parte de cuidadoras y personal que se encargan de la atención de los niños huérfanos institucionalizados del Hogar Santa María de Guadalupe, para conocer y dar a conocer los diversos factores que influyen en la presencia de este, y determinar las actitudes y prácticas para evitar su expansión.
- Realizar estudios a profundidad para identificar los diferentes factores que interfieren en la presencia de depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados, identificando las situaciones que incrementan su prevalencia, así mismo implementar estrategias que permitan la prevención y tratamiento de síntomas depresivos, analizando detalladamente las áreas en donde los niños se ven más afectados.
- Considerar la terapia de juego, para la prevención y tratamiento de la depresión infantil, Klein (1927) reitera que la representación por medio de juguetes o la representación simbólica en general, al estar hasta cierto punto, ajenas de la persona misma, está menos investida que la confesión

por la palabra hablada, haciendo de esta terapia, una herramienta muy eficaz que puede ser implementada en éste hogar, no solo a niños de 8 a 12 años, sino también a niños preescolares, ya que en ellos la depresión se muestra con diversas manifestaciones y expresiones.

- Promover estudios que profundicen la situación emocional y psicológica de los niños huérfanos institucionalizados, para comprobar o descartar la presencia de depresiones enmascaradas, ya que esta puede ser confusa y orientar el diagnóstico hacia otros problemas o conflictos, por lo que es de suma importancia considerar cada una de las sintomatologías que el niño presente.
- Realizar evaluaciones de depresión infantil a niños preescolares y adolescentes, porque esas edades forman parte de etapas muy importantes en el desarrollo humano, considerando que la prevalencia de la depresión infantil se ha subestimado por muchos años, pero esta se encuentra presente en un gran porcentaje de la población, no importando la edad, el estatus socioeconómico, grupo cultural o nivel de escolaridad.
- Es importante establecer un centro psicológico en esta institución, para poder abarcar de una mejor manera a la población, promoviendo eventos y actividades que fomenten la salud mental, así mismo dando asistencia psicológica para cubrir las diferentes necesidades que presente cada niño; cabe resaltar la capacidad de resiliencia que poseen los niños del Hogar Santa María, lo cual fue evidenciado en el presente estudio, sin embargo se debe tomar medidas para aumentar dicha capacidad y empoderar a los niños para que puedan enfrentar de una manera positiva la situación social en la que viven.

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Achaerandio, L. (2000). *Iniciación a la práctica de la investigación*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Baker, P. (1955). *Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión*. Bogotá, Colombia: Universidad de la Sabana.
- Banús, S. (2012). *La depresión en niños y adolescentes*. Recuperado de <http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/ladepresionenniosyadolescentes/index.php>
- Beltran, G. y Mora, C. (2011). *Prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio de Cajicá*. Tesis inédita, Universidad de la Sabana, Colombia.
- Bennett, P. (2003). *Psicología anormal clínica*. Nueva York, Estados Unidos: Editorial Second.
- Bibring, N. y Jacobson, S. (1953). *Psicodinámica de la depresión*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Buj, J. (2007). *Psicopatología infantil* (1ª. Ed.) Barcelona, España: HORSORI.
- Cabrera, L. y Jiménez, A. (2004). *Depresión infantil y rendimiento académico*. Tesis inédita, Universidad de la Laguna, España.
- Calderón, J. (2008). *De la doctrina de la situación irregular a la doctrina de la protección integral*. Guatemala: Ley de protección integral de la niñez, adolescencia y familia.
- Castejón, J. y Navas, L. (2009). *Bases psicológicas de la educación especial*. México: Club universitario.
- Castro, F. (2010, 14 de febrero). Los huérfanos en Haití y Guatemala ¿Serán parecidas las circunstancias?. *El Periódico*.
- Chinchilla, M. (2008). *La Depresión y sus Máscaras*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

Comisión interamericana de derechos humanos (2003). *Situación de la niñez*. Guatemala: Banco Mundial.

Congreso de la República de Guatemala (2003). *Ley de protección integral de la niñez, adolescencia y la familia*. Recuperado de http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_la_Ninez_y_Adolescencia_Guatemala.pdf

Convención de los derechos del niño (1990). *Derechos del niño*. Recuperado de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

Cuevas, A., Méndez, A. (s.f.). *Introducción al estilo APA para citas y referencias (lineamientos de la 3ª. Edición)*. Recuperado de http://www.udec.edu.mx/investigacion/documentos/manual_apa3a_edicion.pdf

Davison, G. y Neale, J. (1983). *Psicología de la conducta anormal*. México: Editorial Limusa.

De la Portilla (2006). *Bases teóricas de la psiquiatría infantil* (1ª. Ed.). Colombia: Universidad de Caldas.

Díaz, C. (2007). *Depresión en los hijos adolescentes de padres alcohólicos*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

Espinoza, A. (2007). *Dinámica familiar en que vive una niña con depresión infantil*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2010). *La cifra de huérfanos en el mundo sería más baja si no fuera por el SIDA*, comunicado de prensa. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/media/media_22247.html

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2010). *Sistema de indicadores sobre bienestar infantil*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2006). *Niñas, niños y adolescentes huérfanos*. Recuperado de <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Publicacion.pdf>

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2005). *La infancia amenazada*. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2000). *Estado mundial de la infancia*. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/sowc/archive/SPANISH/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202000.pdf>

Freud, S. (1939). *Teorías de la personalidad*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/freud.htm>

Gándara, S. (2000). *Guía de práctica clínica de la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf

González, P. (2009). *Agresión infantil de cero a seis años* (1ª. Ed.). Madrid, España: Editorial Visión libros.

Gonzalvo, G. (1978). *Diccionario de metodología estadística*. Madrid, España: Editorial MORATA.

Halgin, R. y Krauss, S. (2005). *Psicología Anormal*. Nueva York, Estados Unidos: Editorial Second.

Hall, V. (2003). *Fisiopatología y tratamiento*. Costa Rica: Centro de información de medicamentos.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2010). *Guía depresión*. Recuperado de <http://www.igssgt.org/prensa/2010/ENERO/Depresion.pdf>

Klein, M. (1952). *Conclusiones teóricas referentes a la vida emocional del niño*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

López, G. (2010). *Depresión infantil como resultado de la violencia intrafamiliar*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

- López, M. (2007). *Aplicación de un programa de inteligencia emocional desarrollado en casa para disminuir la depresión infantil en niñas de 8 a 12 años*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Loubat, M., Aburto, M. y Vega, M. (2008). *Aproximación de la depresión infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana*. Tesis inédita, Universidad de Santiago de Chile, Chile.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (2003). *Trastornos del estado de ánimo*. Barcelona, España: Editorial MASSON.
- Martínez, C. (2007). *Causas de la depresión*. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo4.pdf
- Molina, S, y Arranz, F. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona, España: AMAT.
- Morón, A., Gallardo, I. y González, N. (2004). *La infancia como concepto y como realidad*. Recuperado de <http://alojamientos.us.es/pedsocial/archivos/tema13.PDF>
- Navas, L. (2009). *Aprendizaje, desarrollo y disfunciones*. México: Club universitario.
- Oliva, A. (2000). *Estadística para la elaboración de tesis*. Folleto inédito, Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Análisis bibliométrico de la depresión infantil*. Manizales, Colombia: Universidad de Manizales.
- Preston, J. (2004). *Cómo vencer la depresión*. México: Editorial Prax México.
- Red latinoamericana de acogimiento familiar (2010). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América Latina*. Recuperado de <http://www.relaf.org/Documento.pdf>
- Rematal, P. (1999). *Depresión* (2ª. Ed.). Santiago de Chile, Chile: Editorial Universitaria.
- Revuelta, B. (2012). *Abandono y recuperación de niños en las Inclusas de Madrid, España*. Recuperado de <http://apuntesdedemografia.wordpress.com/2012/03/13/abandono-y-recuperacion-de-ninos-en-las-inclusas-de-madrid/>

- Reyna, Y. (2005). *Depresión infantil en niños de 3 a 6 años de edad*. Tesis inédita, Universidad Autónoma de Durango, Zacatecas, México.
- Rodríguez, J. y Castillo, R. (2011). *Depresión infantil*. Documento presentado en Hospital del Niño DIF, Pachuca, Hidalgo, México. Recuperado de <http://cbpharma.blogspot.com/2011/01/depresion-infantil.html>
- Rodríguez, J. y Ortiz, M. (2007). Depresión Infantil. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._6.pdf
- Roggenbuck, S. (1993). *Aspectos históricos de la infancia callejera*. Lima, Perú: Peter Lang.
- Sánchez, M. (2007). *La terapia de juego de tiempo limitado y su efecto en la disminución de síntomas depresivos en niños diagnosticados VIH positivo*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Thompson, K. (2002). *Depresión y discapacidad*. Documento presentado en la división de salud pública, Carolina del Norte. Recuperado de <http://projects.fpg.unc.edu/~ncodh/htmls/depressionsp.html>

Anexos

Estadística Descriptiva Escala Total Positivo

CÓDIGO	TOTAL POSITIVO
1	45
2	32
3	32
4	33
5	39
6	51
7	34
8	30
9	25
10	37
11	38
12	45
13	24
14	20
15	44
16	34
17	38
18	37
19	44
20	41
21	23
22	33
23	49
24	45
25	50

TOTAL POSITIVO	
Media	36,92
Error típico	1,71650808
Mediana	37
Moda	45
Desviación estándar	8,58254042
Varianza de la muestra	73,66
Curtosis	-0,65664043
Coficiente de asimetría	-0,21260534
Rango	31
Mínimo	20
Máximo	51
Suma	923
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva Escala Total Depresivo

CÓDIGO	TOTAL DEPRESIVO
1	131
2	132
3	139
4	103
5	139
6	134
7	131
8	162
9	172
10	146
11	151
12	168
13	151
14	223
15	163
16	143
17	153
18	120
19	155
20	132
21	146
22	123
23	123
24	118
25	155

TOTAL DEPRESIVO	
Media	144,52
Error típico	4,70819144
Mediana	143
Moda	131
Desviación estándar	23,5409572
Varianza de la muestra	554,176667
Curtosis	4,15560341
Coficiente de asimetría	1,37788534
Rango	120
Mínimo	103
Máximo	223
Suma	3613
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva Subescala Animo-Alegría

CÓDIGO	ANIMO-ALEGRIA (AA)
1	19
2	13
3	12
4	15
5	17
6	22
7	12
8	10
9	11
10	14
11	14
12	18
13	11
14	9
15	13
16	14
17	15
18	16
19	13
20	20
21	8
22	13
23	18
24	16
25	20

ANIMO-ALEGRIA (AA)	
Media	14,52
Error típico	0,72138755
Mediana	14
Moda	13
Desviación estándar	3,60693776
Varianza de la muestra	13,01
Curtosis	-0,49308843
Coefficiente de asimetría	0,26289164
Rango	14
Mínimo	8
Máximo	22
Suma	363
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva
Subescala Positivos Varios

CÓDIGO	POSITIVOS VARIOS (PV)
1	26
2	19
3	20
4	18
5	22
6	29
7	22
8	20
9	14
10	23
11	24
12	27
13	13
14	11
15	31
16	20
17	23
18	21
19	31
20	21
21	15
22	20
23	31
24	29
25	30

POSITIVOS VARIOS (PV)	
Media	22,4
Error típico	1,15902258
Mediana	22
Moda	20
Desviación estándar	5,79511288
Varianza de la muestra	33,5833333
Curtosis	-0,68682257
Coefficiente de asimetría	-0,09885525
Rango	20
Mínimo	11
Máximo	31
Suma	560
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva Subescala Respuesta Afectiva

CÓDIGO	RESPUESTA AFECTIVA (RA)
1	23
2	19
3	19
4	19
5	20
6	22
7	23
8	24
9	22
10	20
11	31
12	32
13	25
14	33
15	23
16	21
17	22
18	16
19	22
20	24
21	25
22	16
23	16
24	18
25	26

RESPUESTA AFECTIVA (RA)	
Media	22,44
Error típico	0,91484061
Mediana	22
Moda	22
Desviación estándar	4,57420303
Varianza de la muestra	20,9233333
Curtosis	0,55358974
Coefficiente de asimetría	0,81487803
Rango	17
Mínimo	16
Máximo	33
Suma	561
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva
Subescala Problemas Sociales

CÓDIGO	PROBLEMAS SOCIALES (PS)
1	25
2	22
3	27
4	15
5	19
6	22
7	19
8	29
9	24
10	21
11	33
12	28
13	29
14	39
15	32
16	23
17	33
18	20
19	31
20	25
21	27
22	18
23	18
24	20
25	25

PROBLEMAS SOCIALES (PS)	
Media	24,96
Error típico	1,16687617
Mediana	25
Moda	25
Desviación estándar	5,83438086
Varianza de la muestra	34,04
Curtosis	-0,16595528
Coefficiente de asimetría	0,47912658
Rango	24
Mínimo	15
Máximo	39
Suma	624
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva Subescala Autoestima

CÓDIGO	AUTOESTIMA (AE)
1	17
2	20
3	20
4	14
5	18
6	21
7	26
8	28
9	26
10	25
11	20
12	27
13	25
14	37
15	26
16	23
17	23
18	13
19	26
20	21
21	24
22	14
23	16
24	19
25	20

AUTOESTIMA (AE)	
Media	21,96
Error típico	1,07001558
Mediana	21
Moda	20
Desviación estándar	5,35007788
Varianza de la muestra	28,6233333
Curtosis	1,23151594
Coficiente de asimetría	0,56175309
Rango	24
Mínimo	13
Máximo	37
Suma	549
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva
Subescala Preocupación por la muerte

CÓDIGO	PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE (PM)
1	22
2	15
3	17
4	16
5	18
6	12
7	16
8	20
9	30
10	18
11	27
12	23
13	17
14	31
15	23
16	17
17	12
18	12
19	21
20	19
21	19
22	15
23	18
24	15
25	17

PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE (PM)	
Media	18,8
Error típico	1,00498756
Mediana	18
Moda	17
Desviación estándar	5,02493781
Varianza de la muestra	25,25
Curtosis	0,81350003
Coficiente de asimetría	0,99546553
Rango	19
Mínimo	12
Máximo	31
Suma	470
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva
Subescala Sentimiento de Culpabilidad

CÓDIGO	SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD (SC)
1	17
2	28
3	25
4	17
5	29
6	23
7	20
8	28
9	32
10	28
11	28
12	26
13	29
14	40
15	25
16	26
17	28
18	27
19	21
20	16
21	27
22	32
23	23
24	18
25	26

SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD (SC)	
Media	25,56
Error típico	1,08793382
Mediana	26
Moda	28
Desviación estándar	5,43966911
Varianza de la muestra	29,59
Curtosis	0,93845866
Coefficiente de asimetría	0,23763156
Rango	24
Mínimo	16
Máximo	40
Suma	639
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .

Estadística Descriptiva Subescala Depresivos Varios

CÓDIGO	DEPRESIVOS VARIOS (DV)
1	27
2	28
3	31
4	22
5	35
6	34
7	27
8	33
9	38
10	34
11	30
12	32
13	26
14	43
15	34
16	33
17	35
18	32
19	34
20	27
21	24
22	28
23	32
24	28
25	41

DEPRESIVOS VARIOS (DV)	
Media	31,52
Error típico	0,99686174
Mediana	32
Moda	34
Desviación estándar	4,98430871
Varianza de la muestra	24,8433333
Curtosis	0,20316702
Coficiente de asimetría	0,3369853
Rango	21
Mínimo	22
Máximo	43
Suma	788
Cuenta	25

Tubac, B. (2012). *Depresión infantil en niños huérfanos institucionalizados*. Hogar Santa María de Guadalupe: Cuestionario de depresión para niños .