

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**CONDICIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y PROBLEMAS  
INTERNALIZANTES EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS**

**Ariza Barrios Johanna Marcela<sup>1</sup>**

**González Puentes Diana Carolina<sup>2</sup>**

**Novoa Rusinque Paola Andrea<sup>3</sup>**

**Rozo María Margarita<sup>4</sup>**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**Facultad de Psicología**

**Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia**

**(2016)**

---

1 Autor(a)

2 Autor(a)

3 Autor(a)

4 Director(a) Trabajo de Grado

**TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN.....	6
Justificación y planteamiento del problema.....	6
Fundamentación bibliográfica.....	10
OBJETIVOS.....	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos.....	23
VARIABLES.....	23
Variables predictoras .....	23
Variable criterio .....	25
MÉTODO.....	26
Tipo de Investigación.....	26
Participantes.....	26
Instrumentos.....	26
Procedimiento de la investigación.....	29
Consideraciones éticas.....	30
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN.....	37
REFERENCIAS.....	44
APENDICES.....	53
Anexo A. Cuestionario de Variables de Vulnerabilidad Social.....	53
Anexo B. CDI, Childrens Depression Inventory .....	54
Anexo C. CMAS-R Ansiedad rasgo.....	57

Anexo D. Consentimiento informado para padre y/o acudientes.....	58
Anexo E. Asentimiento informado para participantes.....	59
Anexo F. Autorización de divulgación de trabajos de grado en el repositorio institucional.....	60

## CONDICIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL Y PROBLEMAS INTERNALIZANTES EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

### Resumen

El presente estudio de tipo descriptivo – transversal tuvo como objetivo determinar las condiciones de vulnerabilidad social y los niveles de sintomatología internalizante en una muestra de niños y niñas institucionalizados de 6 a 13 años de edad del municipio de Purificación Tolima. Se aplicaron el Cuestionario de variables de Vulnerabilidad Social, el Childrens Depression Inventory - CDI, Kovacs (1992) y la Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R). Los cuales evaluaron los distintos niveles de vulneración social, depresión, ansiedad. La muestra estuvo constituida por 44 participantes bajo medida de protección en el Programa “Generaciones” del ICBF. De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró que el 52% de los participantes eran mujeres, con acudientes igualmente mujeres cabeza de familia o familias conformadas por ambos padres de estrato socioeconómico bajo. 2 participantes puntuaron alto nivel de ansiedad, 26 de puntuaron medio alto, y los sujetos restantes obtuvieron nivel medio de ansiedad. En el CDI, las puntuaciones fueron similares ya que 38 de los participantes puntuaron con sintomatología depresiva severa de los cuales 21 eran mujeres y 17 hombres. Se puede concluir que las variables de vulnerabilidad pueden ser predisponentes para desarrollar trastornos internalizantes, principalmente en mujeres.

**Palabras clave:** Problemas internalizantes, vulnerabilidad social, ansiedad, depresión, institucionalización.

### **Abstract**

This descriptive-cross study is directed to determine the conditions of social vulnerability and levels of internalizing symptoms in a group of institutionalized between 6 and 13 year old children in the municipality of Purificacion Tolima. We applied the Social Vulnerability Questionary, the Children Depression Inventory - CDI, Kovacs (1992) and the Scale of Anxiety Manifest (CMAS-R) – To evaluate the different levels of social vulnerability, depression, anxiety. The sample was taken from 44 participants under protective measures at the "Generaciones" ICBF Program. According to the results it found that 52% of participants were women, whit legal guardian also women heads of households or families made up of both parents of low socioeconomic status. 2 participants scored high anxiety, 26 score high mean, and the remaining subjects obtained mean level of anxiety. In the CDI, scores were similar, 38 of the participants scored severe depressive symptoms, 21 were women and 17 men. It can be concluded that the variables of vulnerability may be predisposing to develop internalizing disorders, especially in women.

**Keywords:** internalizing problems, social vulnerability, anxiety, depression, institutionalization.

## INTRODUCCIÓN

### Planteamiento del problema

Para el departamento del Tolima la niñez e infancia es y ha sido una población focal de intervención psicosocial, especialmente en los factores de vulnerabilidad, con el fin de prevenir aquellos que pueden influir en un desarrollo negativo en la estructura del pensamiento, emociones e integridad de los menores de edad. Es por ello, que el liderazgo de intervención a población en situación de vulnerabilidad ha sido asumido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con referencia específicamente a niños, niñas y adolescentes institucionalizados, sin embargo, no es suficiente. En la ciudad de Ibagué Tolima, solo un 30% de dicha población recibe atención y no cuenta con investigaciones por parte de entidades públicas o privadas que validen los factores de vulnerabilidad para niños, niñas y adolescentes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2010)

Actualmente, la investigación sobre los procesos emocionales en niños es más frecuente. Diferentes razones como: el incremento en la consulta de esta población en psicología, la prevalencia de trastornos de conducta, la importancia de los niños en la sociedad, la repercusión de la salud mental de la adultez y las implicaciones de los problemas externalizantes e internalizantes han motivado su estudio. La dimensión emocional, es fundamental dentro del desarrollo infantil que pone en evidencia la necesidad de profundizar acerca de los diversos problemas emocionales que se pueden presentar a lo largo de la infancia, ya que éstos tienen un efecto importante sobre el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los niños (Esparza y Rodríguez, 2009).

En referencia a los problemas externalizantes entendidos como alteraciones de control del comportamiento, tales como agresión, impulsividad, negativismo – desafiante, hiperactividad y problemas de la conducta disocial. Los internalizantes, se enuncia como problemas de ajuste emocional que se manifiestan en comportamientos, como, inhibición, inquietud, evitación, timidez, entre otros, los cuales se pueden agrupar en un trastorno de ansiedad o depresión (Andrade, Betancourt, Segura, Rojas y Vallejo, 2012). Ambos trastornos o problemas internalizantes en la infancia y adolescencia son predictores de repercusiones en su mayoría negativas, en diferentes ámbitos o áreas de ajuste.

Desde que se comenzó a analizar el tema de depresión infantil, la comunidad científica ha mostrado poco interés en su aceptación. Se habló por primera vez de este término, en el libro “Anatomía de la melancolía” escrito por Robert Brula en 1621, pero solo hasta el año 1975 este término y patología fue aceptado por el National Institute of Mental Health, ya que se pensaba que los niños no se deprimían, o que esta sintomatología hacía parte del desarrollo infantil (Fernández, 2006). Se estipuló que la depresión en niños se podía diagnosticar usando los mismos criterios que para los adultos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Versión 4, Texto Revisado - DSM IV de la Asociación Americana de Psiquiatría, haciéndoles unas modificaciones pertinentes para la edad y la etapa del desarrollo (Mojarro, 2008), aunque es importante diferenciar en estos criterios dos anotaciones, primero los niños y adolescentes pueden mostrar un estado de ánimo irritable o deprimido; segundo, se debe valorar el rendimiento escolar (Fernández, 2006). La depresión infantil se ha descrito como una enfermedad mental que incapacita al niño mientras la padece, puede ser crónica y recurrente (Mojarro, 2008). Se define como el estado de ánimo depresivo o irritable casi todos los días y durante la mayor parte del día, en

un tiempo superior a dos semanas, generando una alteración en el desarrollo normal del niño, y en sus funciones sociales, escolares y emocionales. Igualmente se puede determinar cómo una situación afectiva de tristeza, de gran intensidad, combinado con otros síntomas que generan cambios en la conducta (Rodríguez y Granada, 2007). La depresión como trastorno, aparece como principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas de morbilidad (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2006 como se citó en Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno, 2006). Esta prevalencia es congruente, con la investigación realizada en el oriente antioqueño colombiano, con 768 sujetos entre 8 y 12 años de edad, en la cual se encontró que la prevalencia de sintomatología depresiva estaba presente en un 25.2% de la muestra (Vinaccia et al., 2006).

En cuanto a la ansiedad, se encuentra que desde sus inicios ha sido más aceptada en la infancia, ya que en los estudios de desarrollo infantil se han identificado los temores relacionados con cada etapa y los problemas asociados con la ansiedad por separación. La ansiedad es definida como la sensación desagradable, acompañada de síntomas somáticos cognitivos y conductuales relacionados con el miedo; es una reacción emocional exagerada, escasamente controlable por el sujeto y que supera su capacidad adaptativa, a raíz de situaciones reales o imaginadas que crean malestar (disforia) y que se manifiesta en pensamientos, fisiología y conducta (Bonet de Luna, Fernández y Chamón, 2011). La ansiedad se presenta de dos tipos, adaptativo y patológico. La adaptativa es una reacción de defensa ante un peligro, la que permite que los seres humanos reaccionen ante lo inesperado. La ansiedad patológica, es desproporcionada e intensa, puede llegar a ser muy disruptiva. Por otra parte, como síntoma, forma parte de muchos cuadros clínicos en la infancia, lo que dificulta la realización de un estudio sistemático. La prevalencia estimada en población infantojuve-

nil oscila entre el 9 y el 21% (Bonet de Luna et al., 2011). En estudios como los realizados por Navarro, Meléndez, Sales, y Sancerni (2012) con una muestra de 588 sujetos se encontró mayor porcentaje de trastornos internalizantes y menor de externalizantes, teniendo en cuenta las diferencias muestrales de edad (5 a 18 años).

Rodríguez y Martínez (2001), encontraron que las cogniciones de los niños ansiosos tienen con frecuencia una cantidad excesiva de pensamientos negativos que perturban el funcionamiento cotidiano. Los autores indican que los niños pueden presentar dificultades en la relación con pares y que sus compañeros pueden percibirlos como tímidos y aislados. Además, mencionan que tienen la posibilidad de presentar problemas escolares, entre los cuales se destacan el rechazo escolar, el temor ante los exámenes y el bajo rendimiento académico. La población infantil generalmente presenta manifestaciones de angustia de forma preverbal, es decir, con gestos de preocupación, gritos e hipertonia en general (Esparza y Rodríguez, 2009).

Tanto la ansiedad como la depresión producen mucho sufrimiento y el riesgo de desarrollarlas aumenta si la vulnerabilidad social (bajos estratos socioeconómicos, niveles educativos deficientes en padres, familias monoparentales, etc) está presente. Por ejemplo, el maltrato infantil, la agresividad, el acoso escolar, la desprotección infantil, los estilos parentales disfuncionales, entre otros (Éthier, Lemelin y Lacharité, 2004). En cuanto al pronóstico, es posible que a corto plazo, el niño empiece a evidenciar además de los síntomas, secuelas como bajo rendimiento escolar (Vinaccia et al., 2006).

Algunas investigaciones señalan que en muchos casos los padres no reconocen a tiempo los síntomas, y confunden este trastorno con “rebeldía” o “hiperactividad”, desvian-

do la atención sobre el real problema (Vinaccia et al., 2006). A mediano plazo, probablemente el niño presente deterioro en la relación con pares, funcionamiento familiar deficiente y conductas suicidas; posteriormente, a largo plazo si no se le aplica ningún tratamiento o intervención el niño empeorara en su funcionamiento global, tendrá mayor severidad, cronicidad o múltiples episodios recurrentes, estilo negativo cognitivo, incremento de riesgo suicida, problemas familiares, abuso de sustancias, personalidad antisocial (Vinaccia et al., 2006); incluso la depresión o ansiedad llegarán a la adultez comorbidos con otros trastornos. Según la OMS (2005, como se citó en Vinaccia et al., 2006), para el 2020 estos trastornos serán el segundo en prevalencia entre los trastornos mentales en el mundo.

Por lo anteriormente expuesto, con este trabajo se busca responder a la siguiente pregunta ¿Cuáles son las condiciones de vulnerabilidad social y los niveles de sintomatología internalizante en una muestra de niños y niñas institucionalizados de 6 a 13 años de edad?

### **Fundamentación Bibliográfica**

Antiguamente, los profesionales no se sentían atraídos por estudiar los trastornos presentes en la infancia, ya que pensaban que los cambios inadecuados en los niños y adolescentes eran consecuencia del desarrollo. Actualmente, han aumentado progresivamente las características asociadas con trastornos psicológicos en la infancia, así como su incidencia, lo que ha llevado a una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud y a profundizar en el estudio de este grupo de población (Navarro et al., 2012). Conocer las tareas críticas del desarrollo, es importante para detectar alteraciones, realizar el diagnóstico diferencial y determinar si se trata de alguna entidad patológica o son adaptaciones evo-

lutivas a acontecimientos vitales estresantes. Además, al ser un período en el que existe mayor plasticidad cerebral y se dan más cambios evolutivos, es relevante que la detección sea precoz, con un diagnóstico acertado y un tratamiento que mejore el pronóstico (Navarro et al., 2012).

De acuerdo con la literatura, los síntomas infantiles por los cuales se acude a los servicios de salud mental se han agrupado según sus manifestaciones de externalización, como la hiperactividad, la impulsividad y otros síntomas de conducta desorganizada y disruptiva (Caraveo, Colmenares, y Martínez, 2002). A su vez, las manifestaciones de internalización incluyen principalmente las relacionadas con la angustia, los estados alterados del ánimo como tristeza y ansiedad, reportados como más frecuentes los primeros, es decir los externalizantes y para los internalizantes se reconoce un mayor retraso en la atención (Navarro et al., 2012).

La depresión es una importante enfermedad que constituye uno de los mayores trastornos mentales en los niños y adolescentes, por la alta prevalencia, la constante comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos infantiles, como trastornos de ansiedad, déficit de atención, de la conducta, entre otros, y por las amplias consecuencias en el desarrollo físico, mental y social. Actualmente, la depresión se ha relacionado con la peor percepción de la calidad de vida (Terrazas, García, Díaz, y García, 2011).

La depresión se define como un trastorno que causa una alteración del estado de ánimo, es una experiencia persistente de ánimo triste o irritable, anhedonia en la mayoría de actividades que antes eran gratificantes o que se disfrutaban y ya no se participa en ellas, otros síntomas son, cambios en los patrones de alimentación y sueño, bien sea por exceso o déficit, aumento o disminución del nivel de actividad, alteración en la atención y autoper-

cepción negativa con sentimientos de inadecuadidad, e ideación suicida recurrente (Terrazas et al, 2011).

Las personas que la padecen, refieren otros síntomas psíquicos como inhibición, sensación de vacío, disminución en la comunicación y del contacto social, y síntomas somáticos diversos. La depresión infantil tiene dos características que la diferencian de la del adulto: la dificultad del niño para poder expresar verbalmente sentimientos y emociones y el proceso de desarrollo de su personalidad (Terrazas et al, 2011). Además, los niños presentan síntomas inespecíficos cuyas características varían según la edad. Los niños menores de siete años presentan llanto inmotivado, quejas somáticas, retraso en el desarrollo, regresión entendida como comportamientos infantiles, fobia escolar, ansiedad de separación, encopresis y demasiada sensibilidad hacia el rechazo o al fracaso (Terrazas et al, 2011). Los infantes entre siete y doce años, presentan igualmente quejas somáticas, agitación psicomotriz, agresividad, aburrimiento crónico o apatía, bajo rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos del sueño, indecisión e ideas de muerte recurrente (Terrazas et al, 2011).

Se han encontrado como factores relacionados con la depresión, aspectos biológicos, contextuales, familiares y de la escuela. Respecto a los factores biológicos esta la disminución de la actividad de la serotonina, el mal funcionamiento del sistema neuroendocrino, que aumenta los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento y aspectos hereditarios (Terrazas et al, 2011). Como factores contextuales, están los episodios depresivos previos, los trastornos de ansiedad, el conflicto familiar, la incertidumbre con respecto a la orientación sexual, el bajo rendimiento académico, el abuso de sustancias psicoactivas, pérdida de alguno de los padres o de un ser querido representativo, rompimiento de una relación afectiva, enfermedades crónicas, abuso, maltrato o abandono (Terrazas et

al, 2011). Dentro de la familia, un factor puede ser el apego inseguro, la depresión materna, inadecuada dinámica relacional con los padres, y posición intermedia dentro de los hermanos. En la escuela, el bullying, el rechazo y la detección de dificultades (Terrazas et al., 2011).

La prevalencia de la depresión se produce aproximadamente con la misma frecuencia entre niños y niñas, mientras que en adolescentes por cada dos mujeres hay uno con depresión, similar a la población adulta (Mojarro, 2008). Las cifras se evidencian así: en preescolares es de 0.3% y 1.4 %, en niños escolares es de 1% y 2%, en preadolescentes de 0,5% y 2,5 % y en adolescentes se encuentran las cifras más altas, del 2% al 8%, probablemente porque los síntomas subclínicos pasan desapercibidos en la infancia (Mojarro, 2008). La depresión no siempre aparece de forma aislada, sino que posee una alta comorbilidad con otros problemas psicológicos y físicos, entre ellos, la ansiedad, los trastornos del comportamiento, de la atención o del aprendizaje y el estrés. El 41.7% de las personas con un trastorno depresivo sufre un trastorno de ansiedad o un trastorno por consumo de alcohol (Alonso et al., 2004). Una de las características más preocupantes con respecto a la depresión es su relación con el suicidio. Según datos recientes, la depresión se muestra como el trastorno mental más relacionado con la existencia de ideas e intentos de suicidio, siendo el porcentaje de personas con depresión que muestran riesgo de suicidio de un 28% (Terrazas, et al., 2011).

Como factores protectores para prevenir la depresión, o para que el curso de la enfermedad tenga un mejor pronóstico, se encuentran los procesos de resiliencia, enmarcada en aspectos personales y ambientales. A nivel individual se consideran: habilidades de solución de problemas y de estrategias de afrontamiento, autoeficacia, autocontrol, autonomía

e independencia, empatía, proyecto de vida, y sentido del humor (Mojarro, 2008). Respecto a los factores ambientales se consideran los siguientes: relaciones familiares cercanas y con confianza, altas expectativas, apoyo social entre miembros de la familia, competencia, padres pacientes y amorosos, crianza eficaz, ventajas socioeconómica, estilos de comunicación saludables, y respeto por la autonomía y la individualidad, reglas compartidas entre pares, una red de amigos, una mejor experiencia educativa, apoyo social fuera de la familia y buenos modelos de conducta (Restrepo, Vinaccia y Quinceno, 2011).

Para evaluar la depresión en los niños, identificando los factores relacionados y mantenedores del trastorno, se debe iniciar por una entrevista con los padres que surge como instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño en depresión como de la familia y el contexto. Igualmente es importante, realizar entrevistas a maestros y pares. Como instrumentos o escalas de mayor uso en la evaluación de la depresión infantojuvenil los más relevantes son el Child Depression Inventory CDI (Kovacs, 1992) y el Child Depression Scale CDS (Tisher y Lang, 1999). Para saber cuál elegir se debe tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño en todas sus esferas, su grado de madurez intelectual, y su labilidad emocional, entre otras (Mojarro, 2008).

Asimismo, la ansiedad también es catalogada como problema internalizante presente tanto en niños como en adultos. Se concibe como un estado natural y adaptativo en los seres humanos, pues está presente desde que nacen hasta que mueren (Bonet de Luna et al., 2011). Diferenciar los límites entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica, es una tarea más fácil de ejecutar en los adultos que en los infantes. Se podría afirmar que la ansiedad normal es un estado emocional de tensión que se deriva de un estímulo positivo o negativo, que al ser superado fortalece las habilidades en el niño y la seguridad en sí mismo, lo

que permite una mejor adaptación con el contexto y el mundo social (Bonet de Luna et al., 2011). Hofflich, Hughes y Kendall (2006) definen la ansiedad como una “reacción adaptativa ante situaciones que se han interpretado como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo, que actúa como un sistema de alerta ante situaciones potencialmente peligrosas, ante la percepción de una situación considerada como amenazante” (p 231). La ansiedad patológica es un estado emocional desproporcionado que surge entre la respuesta emotiva y la situación estresante, lo que genera que el niño sienta inseguridad, temor difuso, inquietud, intensa sensación de peligro, acompañado de sensaciones somáticas descritas como opresión en el pecho, malestar general, dolor, inestabilidad entre otras somatizaciones (Bonet de Luna et al., 2011).

La ansiedad infantil se ha definido como un “sentimiento de desasosiego, preocupación o miedo, que el niño experimenta ante una sensación general de aprehensión afectiva, se manifiesta a través de respuestas que incluyen reacciones defensivas innatas, cómo mecanismo de vigilancia del organismo para alertar ante posibles peligros, igualmente genera una repercusión emocional, social y eventualmente académica, que conlleva a acarrear psicopatologías aún más complejas cuando no es tratada a tiempo” (Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2003, p 415). La ansiedad en infantes y adultos afecta varias áreas de la vida cotidiana, e impide el adecuado desarrollo del sujeto al interior de estas, ya que es un trastorno que cursa en comorbilidad con trastornos de la conducta o depresión, entre otros y donde difícilmente se puede identificar cuál trastorno fue primero (Bonet de Luna et al., 2011).

La sintomatología en los niños que evidencian ansiedad, puede incluir, miedo constante, temores difusos, inseguridad, preocupaciones excesivas, anticipación del peligro de que algo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las situaciones del entorno, hipervigi-

lancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales, inquietud motora, llanto fácil, conductas de evitación ante objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, exageración de la respuesta de alarma, frecuencia excesiva de pensamientos negativos, catastrofización que afecta el desempeño cotidiano, dificultades en la relación con pares, percepción de sus compañeros como tímidos y aislados, problemas escolares, entre los que se encuentra, rechazo escolar, el temor ante los exámenes y bajo rendimiento académico (Delgado y Amutio, 2011); interpretación de la información de forma negativa, lo cual contribuye al mantenimiento de la conducta ansiosa; manifestaciones de angustia de forma preverbal, con evidencia de gestos de preocupación, gritos e hipertonía general. Además, de sentirse sin aliento, sudar, tener molestias abdominales o presión en el pecho, sentir tensión, inquietud y necesidad de ir al médico con frecuencia, dificultad de conciliar el sueño, el sonambulismo y las pesadillas y la sensación de muerte inminente (Delgado y Amutio, 2011). Pero es necesario evidenciar que se refiere al funcionamiento mental en relación con lo somático, ya que los efectos a largo plazo de una ansiedad persistente afectan la autoestima, el funcionamiento interpersonal y la adaptación social (Bonet de Luna, et al., 2011).

Según como se presenten estos síntomas y signos en el niño, en relación con la frecuencia y estímulo que lo genera, se podrá identificar a qué trastorno de ansiedad pertenece, como, la ansiedad por separación, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias (específicas, sociales y de tipo agorafobia), trastorno obsesivo compulsivo y de estrés postraumático. En la ansiedad infantil, se ha reconocido en las niñas índices más altos de fobias específicas y trastorno de ansiedad; en los niños la presencia de ansiedad generalizada y la fobia social (Bonet de Luna, et al., 2011). En el Estudio de Salud Mental en Colombia realizado en el año 2003, se encontró que los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia

son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales con un 9.4% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Murray y Farrington (2008), indican que como todo trastorno de tipo internalizante, la ansiedad se puede generar en niños, niñas y adolescentes debido a ciertos factores de riesgo, entre los que se encuentran: problemas familiares, ya que un ambiente familiar disfuncional, basado en agresiones entre padres o maltrato infantil, genera sentimientos de inseguridad, culpabilidad o aislamiento; igualmente, la separación o divorcio, la muerte o enfermedad de un padre, cuidador primario o familiar cercano. En el área escolar, se pueden presentar presiones escolares, actividades escolares de alta exigencia, expectativas altas frente al desempeño escolar en los padres percibidas por los niños; factores genéticos y constitucionales, que podrían ocupar un lugar destacado en el origen de algunos trastornos como el de pánico, la ansiedad generalizada o la de separación (Murray y Farrington, 2008). Asimismo, el temperamento, el cual está presente desde el nacimiento y determina qué niños serán inhibidos comportamentalmente, tímidos o con tendencia a la inhibición en los primeros años de vida, lo cual si no es modulado por el ambiente, conllevará a una mayor tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente (Murray y Farrington, 2008).

Los estilos parentales, también se perciben como un factor protector cuando son de tipo autoritario o democrático, y de riesgo cuando se da sobreprotección que, en ocasiones, debido a la presencia de ansiedad en los padres contribuye al origen en el niño de una percepción de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse o sobreponerse a las situaciones difíciles (Murray y Farrington, 2008). De igual forma, las actitudes parentales críticas o los estilos

educativos excesivamente disciplinarios pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo del autoconcepto. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los hijos a través de procesos básicos de aprendizaje. Otro factor desencadenante, son los acontecimientos vitales estresantes, ya que algunos miedos se pueden iniciar por algún acontecimiento inusualmente aterrador (Murray y Farrington, 2008). Además, la elaboración cognitiva (explicación) que haga el niño influirá en que este pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro. Los ambientes sociales desfavorables generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad (Murray y Farrington, 2008).

Respecto a la evaluación, se encuentra que a través de los años se han elaborado diferentes instrumentos que ayudan al terapeuta a evaluar el trastorno de ansiedad en niños, niñas y adolescentes, entre los cuales están la Escala Multidimensional de la Conducta, desarrollada por Reynolds y Kamphaus (1992) y la Lista de Chequeo Percepción de Estresores. La Escala Multidimensional de la Conducta, fue desarrollada por Reynolds y Kamphaus (1992), la cual evalúa problemas de conducta y trastornos emocionales, a la vez que permite identificar atributos positivos que pueden ser capitalizados en el proceso de tratamiento. Esta prueba fue estandarizada en Medellín (Colombia), por el grupo de Neuropsicología y Conducta de la Universidad San Buenaventura; el grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, el Instituto Neurológico de Antioquia y la Universidad de Georgia (Kamphaus y Frick, 2000). La Lista de Chequeo Percepción de Estresores consta de 41 situaciones que deben ser valoradas en una escala de 1. Nada; 2. Poco; 3. Bastante; 4. Mucho; está relacionada con sanciones o situaciones negativas que puedan afectar la conducta en el colegio (Jiménez y Castro, 2006).

La ansiedad y la depresión como trastornos internalizantes comparten signos, síntomas, factores desencadenantes y de riesgo, por lo cual es importante realizar un proceso de evaluación exhaustivo donde se valoren los diferentes contextos y subsistemas en los cuales se desarrolló el niño. Igualmente, es importante hacerlo de manera ideográfica y evaluar los estilos de afrontamiento en la etapa infantil de acuerdo a la cultura, el ambiente y la sociedad donde se encuentra cada individuo, en razón a que las personas no tienen el mismo estilo de vida, ni tampoco el mismo pensamiento para afrontar circunstancias difíciles que se puedan presentar en el transcurso de la vida (Murray y Farrington, 2008).

En este orden de ideas, se encuentra que la noción de vulnerabilidad social tiene su origen en estudios sobre desastres naturales y en diversos análisis acerca de cómo las comunidades rurales pobres enfrentan las consecuencias de eventos socioeconómicos traumáticos. El Centro Latinoamericano de Desarrollo Empresarial (CELADE) (2002) distingue tres usos que se le suele dar al concepto de vulnerabilidad social: a) para identificar a grupos en situación de riesgo social: se trata de grupos de individuos que son más propensos a presentar conductas anómicas (por factores propios de su ambiente doméstico o comunitario), a sufrir diversos daños por acción u omisión de terceros, o a tener desempeños deficientes en esferas claves para la inserción social; b) para delimitar segmentos de la población que, por el hecho de actuar según un patrón de conducta común, tienen mayor probabilidad de ser objeto de algún evento dañino; c) para identificar colectivos que comparten algún atributo básico común que se supone que genera problemas similares (Murray y Farrington, 2008).

La vulnerabilidad en los niños, niñas y adolescentes es un proceso que se da de acuerdo con la interacción entre ellos mismos y su medio familiar, social y cultural (Amar

et al., 2003). Sencillamente, la vulnerabilidad indica que muchos de los problemas en la infancia tienen consecuencias permanentes hacia lo largo de la vida, en donde hay que anotar que los individuos que han investigado los procesos de vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia, manifiestan que hace ver a cada individuo como alguien único, puesto que cada uno, cuenta con sus propios recursos para enfrentarse a cualquier problema que se le presente. Sin embargo, la vulnerabilidad no se presenta individualmente siempre, existen acontecimientos donde se presenta grupalmente (Price y Zwolinski, 2010). En la infancia se aprende a construir una propia resiliencia, a potencializar las posibilidades y recursos existentes para encaminar las alternativas de resolución de las diferentes situaciones. Es más un protagonista que un receptor (Bice, 2002).

La vulnerabilidad en la infancia, debe contemplar la realidad del contexto en el cual vive, piensa y trabaja, debido a que es necesario que este conocimiento sea acompañado de un posterior análisis de su saber cotidiano, cuyo fin es desarrollar su propia resiliencia (Daverio, 2002). Sin embargo, se conocen estudios que establecen una serie de conclusiones que demuestran los comportamientos de los individuos, dependiendo del ámbito en el que se encuentre. Velásquez y Montgomery (2009), permiten ver en su estudio, los recursos más importantes con los que cuentan los niños y niñas vulnerables, como es una relación emocional estable, con al menos uno de sus padres o personas significativas para el niño, con la cual hayan desarrollado un vínculo afectivo. Esto permite, que se desarrolle en el niño, la niña o el adolescente un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes a los cuales se enfrenta diariamente.

Por ello, es significativo tener en cuenta el estudio donde se muestra que la vulnerabilidad cognitiva, es eficaz para predecir la historia vital de los trastornos depresivos, con lo

cual sería importante llevar a cabo una más completa caracterización de la personalidad de los individuos con alto y bajo riesgo, para la depresión emocional por las problemáticas que presenta el sujeto (Metaisky , Halberstadt, y Abramson, 1987).

Un hallazgo importante, es que las personas que exhiben vulnerabilidad cognitiva para la depresión están propensos a manifestar trastornos de personalidad, los cuales son vistos en tres formas: la primera, es la elevada tasa de comorbilidad entre depresión y trastornos de personalidad, oscilando ésta entre el 30 y el 70 por ciento (Vázquez, et al., 2000). En segundo lugar, entre los pacientes depresivos hospitalizados, aquéllos con trastornos de personalidad límite, son más propensos a exhibir vulnerabilidad cognitiva que otros pacientes depresivos. Finalmente, es probable que exista un nexo entre vulnerabilidad cognitiva y trastornos de personalidad puesto que muchos diagnósticos de trastorno de personalidad son asociados a perfiles cognitivos que representan un riesgo para desarrollar depresión, como, por ejemplo en el que predomina la ansiedad y el miedo, el cual es asociado a sentimientos de incompetencia, indefensión y debilidad. Incluso, muchas de las categorías de trastornos de personalidad son definidas, al menos en parte, sobre la base de características conductuales e interpersonales que muy posiblemente se adhieren al concepto de vulnerabilidad cognitiva (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Por ende, uno de los factores que pueden influir en la vulnerabilidad social en los niños es el maltrato infantil. Los resultados de las investigaciones señalan claramente una mayor probabilidad de aparición de problemas de conducta y dificultades emocionales en la población infantil víctima de desprotección (Éthier, Lemelin y Lacharité, 2004). Otros autores han intentado hacer una lectura comprensiva de las consecuencias del maltrato infantil, concluyendo que los adolescentes maltratados en la infancia muestran mayores índices de

ausentismo escolar, así como niveles más altos de agresividad, ansiedad, depresión, disociación, síntomas propios del trastorno de estrés postraumático, problemas de tipo social, alteraciones del pensamiento y aislamiento social, que los adolescentes que no fueron objeto de maltrato (Lansford, Dodge, Pettit, Bates, Crozier, y Kaplow, 2002). Otro de los factores de vulnerabilidad social, es la violencia escolar. Arias (2009), indica que la violencia escolar es un fenómeno serio que viene aumentando durante los últimos años y puede ser indicativo de una sociedad violenta que se refleja en las instituciones educativas, por medio de comportamientos violentos, manifestaciones agresivas de los jóvenes y su incapacidad para resolver por otros medios los problemas ante las situaciones de conflicto.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar las condiciones de vulnerabilidad social y los niveles de sintomatología internalizante en una muestra de niños y niñas institucionalizados de 6 a 13 años de edad.

### **Objetivos específicos**

1. Establecer las condiciones de vulnerabilidad social en un grupo de niños y niñas institucionalizados de 6 a 13 años de edad del municipio de Purificación Tolima
2. Identificar el nivel de depresión en un grupo de niños y niñas institucionalizados de 6 a 13 años de edad del municipio de Purificación Tolima.
3. Identificar el nivel de ansiedad en un grupo de niños y niñas institucionalizados de 6 a 13 años de edad del municipio de Purificación Tolima.

## VARIABLES

### *Variables predictoras*

#### **Vulnerabilidad Social**

La vulnerabilidad social es un elemento, que permite analizar la complejidad dinámica de situaciones de pobreza. Así mismo, podemos identificar aquellas zonas en las que se observa un proceso de exclusión social acentuado. Las familias que viven en condiciones de vulnerabilidad social tienen una alta probabilidad de tener que enfrentar una serie de dificultades, más allá de la deprivación material, que afectan el desarrollo adecuado de sus miembros, por ejemplo: bajos niveles de educación, poca calificación para el trabajo, falta de acceso a trabajos y servicios, aislamiento, enfermedades físicas y mentales, y violencia doméstica. Estos factores pueden actuar de manera independiente uno del otro, pero muy probablemente interactúan produciendo un efecto en la parte emocional de los padres y los niños (Richaud, Mestre, Lemos, Tur, Ghiglione, y Samper, 2013).

Sexo: Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre (Price y Zwolinski, 2010).

Tipo de familia: la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo a la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar y de la estructura familiar, es decir, de los miembros con los que convive el niño, algunos viven solo con uno de sus padres, otros con la familia extensa, o con padrastro y madrastra (Price y Zwolinski, 2010).

Nivel educativo acudiente: la educación es la formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen, por tanto el nivel educativo de los cuidadores, padres o acudientes influirá en los estilos parentales, la regulación emocional, el autocontrol, la expresión y el desarrollo de habilidades sociales (Arias, 2009).

Estrato socioeconómico: El nivel socioeconómico si es bajo genera más factores de riesgo para padecer un problema internalizante, ya que los padres o acudientes deben dejar sus hogares en el día para a través del trabajo prever recursos económicos. Tienen varios hijos que genera que la atención a las necesidades básicas, de afecto y socialización no sea la oportuna para favorecer el adecuado desarrollo. En estratos socioeconómicos altos en ocasiones se presenta también dificultades en suplir estas necesidades, porque los padres están ausentes por sus múltiples ocupaciones (Arias, 2009).

### **Institucionalización**

Entendida como la ubicación de un niño, niña y adolescente en una institución que hace parte del Sistema de Atención Integral Transitorio (Centro de Emergencia) que ofrece de manera inmediata el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como medida de restablecimiento de derechos y es determinada por la autoridad competente.

Las variables predictoras se establecieron a través del Cuestionario de variables de vulnerabilidad social.

*Variables criterio***Depresión**

Definida como una alteración en el estado de ánimo de los individuos que causa una disminución en el funcionamiento normal generando de ésta forma alteraciones a nivel cognitivo y comportamental; en la adolescencia se presenta de manera más frecuente que en la niñez o la edad adulta (Barlow & Duran, 2001). De la misma forma, los estudios concluyen que el trastorno depresivo mayor que se manifiesta en la adolescencia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, sin embargo no resulta igual en el caso de la depresión leve. Dentro de los síntomas específicos presentes en la depresión adolescente están: expresiones de tristeza, apatía, irritabilidad, disminución de rendimiento académico entre otros. Variable cuantitativa y será evaluada por medio del instrumento CDI Childrens Depression Inventory (Kovacs, 1992).

**Ansiedad**

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. “Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuan-

do la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual” (Bonet de Luna et al., 2011, p.31).

## **MÉTODO**

### **Tipo de investigación**

La presente investigación es de corte empírico – analítico con un diseño descriptivo de corte transversal. Es descriptivo ya que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis y transversal porque está diseñado para medir la prevalencia de una exposición o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

### **Participantes**

La muestra inicialmente estuvo conformada por 50 niños y niñas de 6 a 13 años de edad, que se encuentran institucionalizados bajo medida de protección, por situaciones de vulneración de derechos en el programa “Generaciones” del ICBF, en el municipio de Purificación Tolima en Colombia. Posteriormente, al realizar la aplicación del CMAS-R por las puntuaciones T superiores a 13 obtenidas en la escala de mentira, se tomaron como datos sinceros los correspondientes a 44 participantes para realizar el análisis correspondiente.

### **Instrumentos**

*Cuestionario de variables de vulnerabilidad social:* Busca caracterizar la población participante. Identifica el motivo de ingreso, permite describir las características sociode-

mográficas, familiares, personales en las que el niño o niña ingresa bajo medida de protección. Asimismo, es importante identificar los factores sociales que hacen vulnerables a estos niños, y que se podrían relacionar con la aparición, duración y recurrencia de la depresión o de la ansiedad. Se tienen en cuenta los siguientes factores de vulneración: estrato socioeconómico, tipo de familia, nivel educativo de los padres y del participante, tipo de vivienda, lugar que ocupa el participante dentro de su familia, entre otros (Apéndice A). Este instrumento fue diseñado por los investigadores y validado por jueces.

*Childrens Depression Inventory - CDI, Kovacs (1992).* El CDI, ha sido el instrumento con más confiabilidad para identificar trastornos depresivos en niños y adolescentes. El Inventario de depresión infantil de Kovacs (1992), versión adaptada por Del Barrio, Moreno y López (1999) a población española; es un cuestionario de 27 preguntas, con tres posibilidades de respuesta, donde 0 es ausencia de síntomas, 1 síntomas moderados y 2 síntomas severos. La prueba está compuesta de cinco escalas: Estado de ánimo negativo, dificultades interpersonales, baja autoestima, ineficacia y anhedonia (Segura, Posada, Ospina, & Gómez, 2010). Davanzo y cols. (2004) validaron al español las versiones del CDI con una muestra de 205 estudiantes latinos de diferentes países de Centroamérica y Suramérica, encontrando un buen índice de consistencia interna en la prueba (alfa de Cronbach de .85) y un 11.2% de sujetos a riesgo de depresión. Se pudo determinar que la fiabilidad del CDI es similar a la encontrada a versiones de habla inglesa. Esto sugiere que las propiedades psicométricas generales de la traducción española parecen ser adecuadas según la estimación alfa de Cronbach, de fiabilidad interna y coeficiente de correlación de Spearman. En Dinamarca, que examinó la fiabilidad y confiabilidad de la versión danesa del CDI, encontrándose como principal conclusión que las propiedades psicométricas del CDI dina-

marqués eran similares a aquéllos informados para población de habla inglesa (Sorensen, Frydenberg, Thastum y Thomsen, 2005). Herrera, Lozada, Rojas y Gooding (2009) realizaron un estudio piloto con niños y maestros de diferentes instituciones educativas, con el fin de hacer adaptaciones en el lenguaje. Todos los ítems estaban redactados de tal forma que los términos utilizados en el CDI fueron comprendidos correctamente por los niños y maestros que colaboraron en el estudio. En el presente estudio se utilizará la versión corta del CDI y las puntuaciones directas, donde punto de corte es 19 y se categorizará como sintomatología depresiva severa (Apéndice B).

*Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R): subtitulada “Lo que pienso y siento”* (Reynolds, 1997). Castañeda, McCandles y Palermo (1956) informaron sobre su versión para niños, Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, o (CMAS), por su nombre en inglés, Children’s Manifest Anxiety Scale. La estandarización realizada en los Estados Unidos, con una población de 4.972 niños, entre 6 y 19 años de edad; obtuvo unas propiedades psicométricas de  $p < 0.01$  en validez y de alfa 0.85 en confiabilidad (Buitrago y Briceño, 2009). Éste es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos; dicha prueba está diseñada para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Además, la CMAS-R puede aplicarse de manera individual o colectiva. Se consideraron cinco niveles de ansiedad respecto a las puntuaciones T en la escala de ansiedad total: 0 al 20, nivel de ansiedad bajo; del 21 al 40, nivel medio bajo; del 41 al 60, nivel de ansiedad medio; del 61 al 80, medio alto, y por último, del 81 al 99, alto. Es importante resaltar que la escala CMAS-R contiene una subescala de mentira para fines del estudio sólo se tomarán como datos válidos aquellas pruebas que en la subescala de mentira obten-

gan puntuaciones T menores o iguales a 13 ya que este puntaje, según los criterios de calificación, indica sinceridad por parte del sujeto evaluado (Apéndice C).

### **Procedimiento**

#### Fase I. Selección de la muestra

Los participantes fueron seleccionados por rango de edad, entre 6 a 13 años de edad del programa “Generaciones” del ICBF, en el municipio de Purificación Tolima en Colombia, de ambos sexos.

#### Fase II. Aplicación de Instrumentos

Se realizó una reunión con los padres, acudientes o representantes legales de los niños y niñas, donde se explicó el objetivo de la investigación, los instrumentos que se iban a utilizar y el taller de manejo emocional que recibirán en contraprestación. En dicha reunión se hizo firmar el consentimiento informado y se diligencio el Cuestionario de variables de vulnerabilidad social. Dos días después, se realizó la aplicación de los instrumentos (CDI y CMAS-R), en grupos de diez participantes, para garantizar el entendimiento de los ítems y la veracidad en las respuestas. La calificación se ejecutó por parte de los investigadores.

#### Fase III. Análisis de Resultados

Se elaboró una base de datos, la cual incluía las variables de estudio y posteriormente se analizaron los datos utilizando el programa SPSS versión 20 a nivel descriptivo.

#### Fase IV. Discusión y recomendaciones

Se comparan los resultados con la teoría, se discuten desde los conocimientos de los investigadores y se enuncian recomendaciones para futuras investigaciones con variables parecidas.

### **Consideraciones éticas**

Los investigadores cumplieron los principios éticos establecidos para llevar a cabo sus trabajos con seres humanos. Se tuvieron en cuenta dos aspectos fundamentales para respetar los derechos del individuo como tal. El primero fue que el consentimiento informado fuera firmado por el padre o acudiente de cada uno de los participantes (Apéndice D), en éste se dio a conocer el objetivo de la investigación, y se hizo énfasis en que no implica ningún riesgo para la integridad física ni psicológica de los participantes. Como segundo aspecto, se utilizó el Asentimiento informado (Apéndice E) para los estudiantes, en el cual se brindó información completa sobre la confidencialidad, haciendo énfasis en que el niño, niña o adolescente tiene el derecho a que se respete su intimidad, por lo tanto los investigadores no divulgaran la información relativa a la vida privada y pensamientos de los participantes; por otro lado se dejó claro que se podían retirar de la investigación de manera voluntaria en el momento en que lo considerarán necesario.

## **RESULTADOS**

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación se realizó un análisis descriptivo a través del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20. A continuación, se presentan los resultados de las variables sociodemográficas - de vulnerabilidad y posteriormente, los puntajes obtenidos en los instrumentos que evaluaron la sintomatología de tipo internalizante.

Como se observa en la tabla 1, la media de edad de los participantes fue de 8.93 con una desviación estándar de 1.67 años, cuya mayor población estuvo conformada por el sexo femenino y cursaba grados pertenecientes a primaria, solo siete participantes reportaron ser hijos únicos, los demás en promedio tenían de dos a tres hermanos, donde los participantes ocupaban el segundo lugar al interior de la familia.

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos datos sociodemográficos de los participantes*

Variable	Categoría	Cantidad	%
Edad	Años	Mínima= 6	100%
		Máxima= 13	
Sexo	Hombres	21	47.7 %
	Mujeres	23	52.3 %
Nivel Educativo (grado)	1°	13	29.5%
	3°	11	25.1%
	4°	9	20.5%
	5°	7	15.9%
	6°	4	9.1%
Motivo Ingreso	Negligencia	12	27.2%
	Conflicto Armado	10	22.7%
	Problemas de conducta	12	27.3%
	Violencia Intrafamiliar	10	22.7%
Número de hermanos	0	7	15.9%
	2	18	40.9%
	3	8	18.1%
	4	5	11.3%
	5	5	11.3%
	7	1	2.2%

En el Cuestionario de Vulnerabilidad Social los padres informaron que los motivos más recurrentes de ingreso de los participantes, bajo medida de protección al programa “Generaciones” fueron por problemas de conducta y negligencia. Adicionalmente, se encontró que la edad promedio de ingreso por problemas de conducta fue de 13 años con ma-

por frecuencia en el sexo masculino, para violencia intrafamiliar los participantes oscilaban en 7 años y también correspondían al sexo masculino, en comparación al conflicto armado y la negligencia donde las edades de ingreso fueron entre 8 y 9 años de edad, en gran medida para el sexo femenino. El 56 % de los participantes llevaban menos de tres meses bajo medida de protección en el programa “Generaciones”, el 44 % restante llevaba asistiendo entre 3 y 6 meses. En cuanto a los acudientes como se muestra en la tabla 2, el 95.4% eran mujeres, con una edad mínima de 22 y una máxima de 63 años, pertenecientes a familias nucleares donde existía el rol paterno o cabezas de familia (familia monoparental materna). Dichas familias correspondían a estratos socioeconómicos bajos, y tenían un nivel educativo limitado, primaria o secundaria completa en general.

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos datos sociodemográficos de los acudientes*

Variable	Categoría	Cantidad	%
Edad	Años	M=38.9, DE= 7.60	100%
Sexo	Hombres	2	4.5%
	Mujeres	42	95.4%
Nivel Educativo	Primaria completa	18	40.9%
	Primaria incompleta	2	4.5%
	Secundaria completa	15	34.1%
	Sin Educación	9	20.4%
Estrato	1	38	86.3%
	2	6	13.6%
Tipo Familia	Familia Extensa	1	2.2%
	Monoparental Materna	21	47.7%
	Monoparental Paterna	1	2.2%
	Nuclear	19	43.1%
	Recompuesta	2	4.5%
Tipo vivienda	Casa o Apartamento en arriendo	28	63.6%
	Casa o Apartamento propio	15	34.0%
	En casa de parientes	1	2.2%

M =Media DS =Desviación estándar

La sintomatología ansiosa como variable fue medida a través de la escala CMAS-R, como se enunció en los instrumentos tiene cuatro subescalas que se puntúan de manera independiente y adicionalmente se suman para obtener el puntaje total de ansiedad manifiesta. En la subescala de mentira 44 participantes de los 50 puntuaron trece o menos, lo cual indicó que estaban dentro del criterio de sinceridad, por tanto fueron los sujetos y datos tomados en cuenta para el análisis. Respecto al total de ansiedad, se encontró que ninguno de los participantes se podía ubicar en el nivel de ansiedad bajo o medio bajo, 36% de los participantes se encontraron en nivel de ansiedad medio en su mayoría de sexo femenino, 59% en nivel medio alto donde predominaba en el sexo masculino y el 4% restante se ubicó en nivel alto de ansiedad los cuales pertenecían al sexo femenino (Tabla 3). Las subescalas del CMAS-R que puntuaron con niveles medio altos en los participantes fueron la subescala de ansiedad fisiológica y la de preocupaciones sociales y de concentración. La subescala de inquietud/hipersensibilidad evidencio niveles medios.

Tabla 3

*Puntuaciones obtenidas en el CMAS-R en la escala total*

Niveles de Ansiedad	Participantes	Porcentaje
Medio	16	36.36%
Medio Alto	26	59.09%
Alto	2	4.54%

En el CDI, 86.3% de los participantes puntuaron más de 19 en la escala total, es decir, presentaban sintomatología depresiva severa de los cuales 21 eran mujeres y 17 hombres. Sintomatología depresiva moderada puntuaron 4 de los participantes (de 12 a 19 puntos), 3 del sexo masculino y 1 del femenino. Los 2 participantes restantes no reportaron presencia de sintomatología depresiva, equivalentes a hombre y mujer (Tabla 4).

Las subescalas interpretativas del CDI fueron evaluadas por separado, se encontró que la subescala de ánimo negativo, autoestima negativa y anhedonia fueron las de mayor puntaje en los participantes, mostrando sintomatología moderada y severa asociada. Respecto a las subescalas de ineffectividad y problemas interpersonales, las cuales puntuaron en los participantes con sintomatología moderada y escasa. Según lo anterior, aunque la puntuación total del CDI mostro depresión severa en la mayoría de los participantes, no afecta significativamente áreas personales y de ajuste asociadas, como, las relaciones sociales y la efectividad, por el contrario sí repercute sobre el estado de ánimo y el interés por las actividades que son placenteras y la autoestima.

Tabla 4

*Puntuaciones obtenidas en el CDI*

Sintomatología depresiva	Participantes	Porcentaje
Severa	38	86.36%
Moderada	4	9.09%
Escasa	2	4.54%

Los 44 participantes presentaron diferentes niveles de ansiedad en su mayoría moderado alto, mientras que dos no evidenciaron sintomatología depresiva. Al igual que en el CMAS-R en el CDI fueron las mujeres las que mayores puntuaciones tuvieron, se puede concluir que en el sexo femenino existe mayor comorbilidad de estos trastornos internalizantes.

Además, se buscó establecer una relación de las variables de vulnerabilidad más relevantes presentes en el estudio con los puntajes obtenidos para ansiedad y depresión de manera descriptiva. Se halló que los 12 participantes que ingresaron al programa “Genera-

ciones”, por negligencia mostraron sintomatología depresiva severa, mientras que los que ingresaron por problemas de conducta (12 sujetos), exhibieron sintomatología escasa, moderada y severa. Para ambos motivos de ingreso, los niveles de ansiedad fueron homogéneos, donde la mayoría de participantes se ubicaron en un nivel medio de ansiedad, seguido por el medio alto, e incluyó dos participantes para el nivel alto como se observa en la tabla 5. Se puede enunciar que la negligencia puede ser un factor de mayor vulnerabilidad para presentar depresión severa en niños, niñas y adolescentes.

Tabla 5

*Niveles de ansiedad y depresión según los mayores motivos de ingreso al programa “Generaciones”*

Participantes		Puntajes Obtenidos			
Motivos de ingreso	Porcentaje	CMAS-R	Nivel de Ansiedad	CDI	Sintomatología Depresiva
Negligencia	27.2%	11.4%	Medio		
		13.6 %	Medio Alto	27.2%	Severa
		2.2%	Alto		
Problemas de Conducta	27.2%	9.0%	Medio	2.2%	Escasa
		15.8%	Medio Alto	2.2%	Moderada
		2.2%	Alto	22.6%	Severa

Se evaluó también si los tipo de familias más relevantes encontrados (monoparental materna y nuclear) se relacionaban de manera descriptiva con los niveles de sintomatología internalizante presente en los sujetos. Para ambos tipos de familia los niveles de ansiedad oscilan entre medio, medio alto y alto en los sujetos como se presenta en la tabla 6. La sintomatología depresiva oscila entre moderada y severa en los dos tipos de familia, pero tien-

de a ser más persistente en los sujetos que pertenecen a familias donde el líder y cuidador primario es la mujer, en este caso madre cabeza de familia.

Tabla 6

*Niveles de ansiedad y depresión según familia monoparental materna y nuclear*

Participantes		Puntajes Obtenidos			
Tipos de familia	Porcentaje	CMAS-R	Nivel de Ansiedad	CDI	Sintomatología Depresiva
Monoparental Materna	47.7%	11.3%	Medio	2.27%	Moderada
		34.07%	Medio Alto	45.4%	Severa
		2.27%	Alto		
Nuclear	43.1%	18.14%	Medio	2.26%	Escasa
		22.68%	Medio Alto	2.26%	Moderada
		2.26%	Alto	38.56%	Severa

Igualmente, se evaluó si ser hijo único o tener hermanos era un factor de vulnerabilidad para que los sujetos del estudio presentaran altos niveles de ansiedad y depresión. Se encontró que los 7 participantes que reportaron ser hijos únicos mostraban niveles de ansiedad entre medio y medio alto en el CMAS-R, mientras que los niveles de depresión fueron altos para dar como resultado en el CDI depresión severa. 26 de los participantes reportaron tener entre dos y tres hermanos, en estos participantes los niveles de ansiedad fueron similares, pero la depresión disminuyó evidenciando en 6 de los participantes niveles moderados de sintomatología depresiva. Los participantes que informaron tener entre cuatro y siete hermanos, mostraron niveles de ansiedad entre medio y medio alto, y niveles de sintomatología depresiva entre poca, moderada y severa. Se podría predecir que ser hijo único es un factor de mayor impacto para presentar niveles altos o severos de depresión, mientras que

para la ansiedad es indiferente si los participantes son hijos únicos o comparten su dinámica familiar con varios hermanos ver tabla 7.

Tabla 7

*Niveles de ansiedad y depresión en hijos únicos o con hermanos*

Participantes		Puntajes Obtenidos				
Hijos	Porcentaje	CMAS-R	Nivel de Ansiedad	CDI	Sintomatología Depresiva	
Únicos	15.9%	6.81%	Medio	15.9%	Severa	
		9.08%	Medio Alto			
con dos a tres hermanos	59%	18.15%	Medio	13.61%	Moderada	
		40.84%	Medio Alto	45.38%	Severa	
		24,8%	13.52%	Medio	4.50%	Escasa
		11.27%	Medio Alto	2.25%	Moderada	
con cuatro a siete hermanos				18.03%	Severa	

Por último, se observó si el nivel educativo de los padres o acudientes podría relacionarse descriptivamente con la sintomatología ansiosa y depresiva reportada en los instrumentos por los sujetos del estudio. Los acudientes reportaron tener un nivel educativo bajo, entre los cuales fue más representativo la primaria completa y secundaria completa, por ende estos dos niveles educativo fueron cruzados con la sintomatología internalizante evaluada. Se encontró, que la sintomatología ansiosa y depresiva es similar en los participantes sin importar el nivel educativo de los padres y/o acudientes.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos y a la intención de identificar las condiciones de vulnerabilidad social y los problemas internalizantes (niveles de depresión y ansiedad)

en un grupo de niños, niñas y adolescentes de 6 a 13 años de edad, que se encuentran institucionalizados en el municipio de Purificación Tolima en Colombia, es importante resaltar que de acuerdo a Bragado, Bersabe y Carrasco (2000), se encontró que los niños que son expuestos a condiciones estresantes que rodean el divorcio de los padres, la ausencia del acompañamiento parental porque el padre debe salir a trabajar, de la misma forma el bajo nivel socioeconómico, ya que se ha asociado directamente con las dificultades de adaptación en los niños (Nader, Houssa y Mazzone, 2013), como a una mayor dificultad conductual y emocional en los infantes (Khoury, Attar y Zur, 2014); adicional a la ubicación en viviendas en las cuales se interactúa con otras familias, inmersas en problemáticas similares; sufren importantes desajustes psicológicos, déficits de aprendizaje que se encuentra sobre-representados en los servicios de salud mental. Las prácticas parentales predicen las capacidades y dificultades de los niños, por lo que en las relaciones entre los padres e hijos debe fomentarse la comunicación, la autonomía y el control conductual para obtener un adecuado desarrollo de los niños. Además, de cultivar interacción familiar y relacional con ambos padres por igual (Méndez, et al., 2013).

La población más representativa en el estudio fue de primer grado (primaria). Cabe destacar, que la mayoría de los participantes cuenta con un grupo familiar conformado por mujeres cabeza de familia (Familia monoparental maternal), Asimismo, los estudios muestran que una persona que recibe un fuerte apoyo de su cónyuge, amigos y miembros de la familia tienen una mejor salud física y psicológica, la cual proyecta en los individuos del sistema familiar (Khoury, et al., 2014); y familias nucleares, consolidadas por padre y madre del sujeto con bajo nivel educativo y socioeconómico, ubicadas en estrato 1 y 2 únicamente. Donde el número de hermanos es de dos a cinco por grupo familiar, obteniendo así que, la gran mayoría de la población ocupa el segundo puesto al interior de la familia. De

acuerdo a esta investigación los hijos únicos presentan un alto nivel de depresión, según Kraaij, Garnefski, Jan de Wilde & Dijkstra, (2003); la relación establecida entre padre e hijo, incide en la presencia de estados depresivos, al enfrentarse a situaciones de estrés. Así mismo, los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de dicho trastorno internalizante en niños, niñas y adolescentes. Gilman, Kawachi, Fitzmaurice y Buka (2003).

Estas familias durante la aplicación del *cuestionario de variables de vulnerabilidad social*, manifestaron que sus hijos estaban vinculados al programa “Generaciones”, porque no seguían instrucciones, no cumplían normas ni respetaban límites, frecuentaban mucho la calle y no apoyaban labores domésticos, e igualmente al ser víctimas del conflicto armado; adicional, los padres justificaban su ausencia para conseguir recursos económicos e informaban que según la trabajadora social y la psicóloga del programa, no realizaban un acompañamiento de las necesidades de los participantes y de los compromisos en su rol como padres. Esto evidencia cómo la baja comunicación o forma poco asertiva como los padres se dirigen a sus hijos, genera problemas de comportamiento. Al respecto, es importante tener en cuenta las apreciaciones de Barbosa y Maturana (2014), quienes refieren que cuando existe el apoyo, el control de los padres en las labores académicas, la supervisión del tiempo libre de los hijos y adicionalmente hay un entorno familiar caracterizado por la unión y la estabilidad, se genera un impacto positivo en el proceso de afrontamiento de los hijos frente a eventos que implican cambios en la estructura familiar como separaciones o divorcios de sus padres, que pueden afectar el desarrollo escolar, social y emocional de sus hijos, pero que a futuro les permite adquirir herramientas para incrementar el desarrollo de las diferentes habilidades como las sociales, solución de conflictos y toma de decisiones, lo que actúa como un factor de protección en las dificultades académicas.

Se encontró que los problemas de conducta de los participantes se presentan principalmente hacia los 12 y 13 años de edad, y negligencia por parte de los cuidadores en participantes de 8 o 9 años, los cuales fueron los dos motivos más recurrentes por los cuales ingresaron los participantes bajo medida de protección con el ICBF. Así pues, se puede afirmar que la familia y el entorno en el que crece el niño aportan los modelos a seguir y, al tiempo, sirve de predisponente para la ejecución de las futuras conductas. De este modo, la mala calidad de las relaciones padres-hijos puede ser precursora de agresión y facilitar la vulnerabilidad emocional en el niño para desarrollo o curso comorbidos de trastornos o sintomatología de tipo internalizante (Wiesner y Peñaranda, 2002). Lo cual lleva a plantear la necesidad de desarrollar habilidades verbales en las madres, que de acuerdo con la investigación realizada por Rodríguez, (2014) conducen a disminuir las dificultades y comportamientos disruptivos en los niños y se previenen los problemas de ansiedad y depresión

Los sujetos participantes en el estudio reportaron altos niveles de ansiedad, depresión y estados de ánimo alterados; sin embargo, intercalaban y participaban en todas las actividades del programa. El 42% de los encuestados corresponde al género femenino, se considera que las mujeres flexibilizaron menos los nuevos procesos mentales de adaptación ante situaciones de estrés o vulneración social vivificados o experimentados respecto a los hombres, ya que las niñas puntuaron niveles de ansiedad moderados alto y en su mayoría sintomatología depresiva severa. Los hombres quienes correspondían al 34% de la muestra tomada en cuenta, en el CMAS-R puntuaron entre ansiedad media y moderada, y en el CDI la mayoría evidenciaba sintomatología depresiva moderada o leve.

Las subescalas del CMAS-R se utilizan para profundizar en la información obtenida de los participantes. En la subescala de ansiedad fisiológica se encontraron puntuaciones moderado alto en los participantes, evidencia las respuestas fisiológicas que experimentan los niños ante situaciones estresantes son intensas. En la subescala de inquietud/hipersensibilidad se observaron en los participantes niveles medios, moderados y altos, lo que indica algunos participantes tienden a ser más nerviosos y sensibles ante las presiones del ambiente, generando en el niño una fuerte necesidad de aprender a afrontar sentimientos de ansiedad y a solicitar ayuda cuando sea necesario para no internalizarla. En la tercera subescala de preocupaciones sociales/concentración, puntuaron en general niveles moderados y altos, mostrando que tienen preocupaciones por no ser como ellos esperan o esperan personas significativas de su entorno, proyectando en ellos mismos que no son tan buenos y efectivos como otros niños lo cual coincide con lo encontrado por Baca y Aroca, (2014). Se encontró que las niñas presentan mayores niveles de ansiedad lo cual concuerda con la investigaciones como la realizada por Bonet de Luna, et al., (2011) donde la mayor ansiedad se presentó en mujeres, pero proponen que, los hombres si siguen en el mismo ambiente mantenedor, pueden desarrollar niveles altos de ansiedad y por ende trastornos ansiosos de mayor complejidad; o como lo plantea Alonso et al.,(2004) el 41.7% de las personas con un trastorno depresivo sufre un trastorno de ansiedad o un trastorno por consumo de alcohol

Asimismo, la depresión como enfermedad constituye uno de los mayores trastornos mentales en los niños y adolescentes (Terrazas et al, 2011), como se evidencia en los resultados obtenidos, además se relaciona con otros cuadros psiquiátricos infantiles, como los trastornos de ansiedad, déficit de atención, problemas de conducta, entre otros, y por las

amplias consecuencias en el desarrollo físico, mental y social se sigue investigando actualmente. Dentro de la investigación se identificó que la depresión se presenta en sintomatología moderada y severa, pero no afectaba directamente el desempeño en relaciones interpersonales, ni la efectividad en las tareas desarrolladas y tampoco en la autoestima negativa. En el aspecto donde la sintomatología depresiva evidenciada afectaba más, fue en la pérdida del interés por las actividades que antes eran gratificantes. Se observa mayor comorbilidad en el sexo femenino de estos dos trastornos internalizantes.

Tal como se evidencian en la población de la muestra la institucionalización se ha relacionado con diversas estrategias de acción en protección de la infancia y adolescencia; en la búsqueda de evitar situaciones de riesgo y vulnerabilidad social, tales como la pobreza, el desarraigo, las familias disfuncionales, todo tipo de maltrato infantil, ausencia de vínculos afectivos, estrato socioeconómico bajo, desprotección, etc. (Muñoz, Gómez y Santa María, 2008). Según Herrera, Núñez, Tobón, y Arias, (2009), existe una prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en participantes que pertenecen a familias de estrato socioeconómico bajo.

Estos hallazgos sugieren una comorbilidad entre estrés, ansiedad y depresión. Estos campos de estudio son analizados actualmente bajo una concepción biopsicosocial y ecológica. Sin embargo, muchos de los datos que poseemos en cuanto a su diferenciación se encuentran relacionados con vulnerabilidad social. Las medidas típicas de depresión, ansiedad y estrés se centran en condiciones ambientales (sean ellas físicas o sociales), respuestas (cognitivas, fisiológicas, comportamentales) y consecuencias nocivas para la salud y la vida como el suicidio. (Gómez, Malagón, Romero y cols., 2002). La pobreza como parte de la vulnerabilidad social puede favorecer características familiares que influyen en los sínto-

mas depresivos y ansiosos de los niños y niñas. Las variables que se han señalado de importancia han sido la edad en que se da el embarazo de la mujer lo cual genera madres cabeza de hogar o sin apoyo familiar, el nivel educativo, el estatus marital, un menor apoyo emocional y pocas habilidades parentales para la crianza (Keegan, 2002).

La composición familiar es importante para prevenir trastornos internalizantes, Ruiz y Gallardo, (2002), refirió que el maltrato por negligencia desarrolla paulatinamente en los niños, niñas y adolescentes víctimas, tristeza y ansiedad crónica; de igual forma, genera sentimientos de inferioridad, un nivel bajo de autoestima, así como un sentimiento de inadecuación. Determinándose como una consecuencia de estas situaciones de maltrato, las conductas delictivas.

Los resultados de esta investigación son consistentes con los resultados obtenidos por Rodríguez y Martínez (2001), ya que determinar que los factores ambientales, de riesgo, vulnerabilidad y estereotipos se pueden convertir en factores predisponentes de generación y problemas emocionales; como estados de ansiedad y depresión. Y de esta forma lograr implementar estrategias oportunas de prevención o intervención. El presente trabajo constituye una aproximación a este tipo de problemáticas, ya que ayudará a generar antecedentes relevantes para el crecimiento de la línea de investigación, medición y evaluación de estos trastornos en psicología clínica.

Para futuras investigaciones se hace relevante enfocarse en una muestra que sea homogénea en cantidad de hombres y mujeres, y si es posible en edades congruentes entre ambos sexos, ya que fue una de las variables sociodemográficas que mayor influencia tiene en las diferencias que se presenta entre los factores de vulnerabilidad social y los trastornos internalizantes. Así mismo, se hace necesario llevar a cabo la construcción de programas de

prevención adecuados a cada contexto y desde edades más tempranas (Wiesner y Peñaranda, 2002). Como lo mencionan Trujillo, Fornsi y, Pérez (2007), los programas de prevención tendrán que tener en cuenta el tipo de vulnerabilidad, la edad del niño y la familia en la que vive, pues todas estas variables tienen efectos diferentes.

## REFERENCIAS

- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., & Vollebergh, W. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 21-27.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, Beatriz., & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Revista Salud Mental*, 35 (1), 29-36.
- Arias, P. (2009). La problemática específica de las mujeres inmigrantes en procesos de violencia familiar de género. *Segundas Jornadas sobre Violencia Familiar*. Universidad de Zaragoza.
- Baca, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a los trastornos depresivos y ansiedad. *Revista de Salud Mental*, 37, 373-380.
- Barlow, D.H. & Duran, M. (2001). Reseña de "Psicología anormal. Un enfoque integral". *Psicopatología*. Madrid: Paraninfo.

- Barbosa R., & Maturana E. (2014). Predictores de Comportamientos e Competência Acadêmica de Crianças de Famílias Nucleares, *Monoparentais e Recasada. Brasil. Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 153-162.
- Bice, B. (2002). La infancia en el mundo. Familia y resiliencia del niño. *Cuadernos del BICE*, 5(3), 50-76.
- Bonet de Luna, C., Fernández, M., & Chamón, M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Revista Pediátrica Atención Primaria*.13, 471-489.
- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicohema*, 11 (4) ,939-956.
- Buitrago, L., & Briceño, S. (2009). Indicadores Asociados a La Ansiedad Manifiesta en una Población Escolarizada. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 10 (1), 39-52.
- Caraveo, J., Colmenares, E., & Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 44, 492-498.
- Castañeda, A., Mc Candless, B., & Palermo, D. (1956). The Children`s form of the Manifest Anxiety Scale. *Chil Development*, 27, 317-326.
- Daverio, P. (2002). *Trabajo de resiliencia en adolescentes*. San Luis: Mimeo.

- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S., & Murelle, L. (2004) Spanish translation and reability testing of the child depression inventory. *Child Psychiatry and humane development*, 35, 75-92.
- Del Barrio, V., Moreno-Rosset, C. & López-Martínez, R. (1999). The Children's Depression Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). In a Spanish Sample. *Revista Clínica y Salud*, 10(3), 393-416.
- Delgado, L., & Amutio, A. (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en Mindfulness. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 99, 50-65.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2010)
- Esparza, N., & Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(1), 47 -65.
- Éthier, L., Lemelin, J., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of cronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265-1278.
- Fernández, C. (2006). *La depresión infantil: actualización*. Londres: Centre Londres 94.
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G., Buka, S. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 939 – 946.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrera, E., Núñez, A., Tobón, S., & Arias, D. (2009b). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento psicológico*, 5 (12), 59-70.
- Hofflich, S., Hughes, A., & Kendall, Ph. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 229-242.
- Jiménez, I.A., & Castro, C. (2006). Correlación entre percepción de estresores, estrategias de afrontamiento y estrés en jóvenes. Tesis de maestría en Psicología Clínica, Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Kamphaus, R.W., & Frick, P. (2000). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente. México: Manual Moderno.
- Keegan, M. (2002). Influences and mediators of the effect of poverty on young adolescent depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (3), 231- 239.
- Khoury, M., Attar, S., & Zur, H. (2014). Understanding the mediating role of corporal punishment in the association between maternal stress, efficacy, co-parenting and children's adjustment difficulties among Arab mothers. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1073–1082.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., & Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (3), 185-193.

- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory (CDI) manual* North Tana-wanda. New York, NY: Multi-Health Systems.
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12- year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreat-ment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 824-830.
- Martínez, A., Argüelles, A., Cuy, J., & Prieto, Y. (2013). Programa para el Manejo de la Ansiedad en Niños en Condiciones de Vulnerabilidad. *Curso de especial interés en ansiedad y depresión*. 1-115.
- Metaisky, P; Halberstadt, L; & Abramson, E. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.
- Mojarro, M. (2008). Depresión y suicidio. *Pediatric Integral*, 12(10), 937-946.
- Muñoz, M., Gómez, P., & Santa María, C. (2008). Problemas de comportamiento y com-petencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 7 (2), 347-356.
- Murray J., & Farrington, D. (2008). Parental imprisonment: Long-lasting effects on boys' internalizing problems through the life-course. *Development and Psychopatholo-gy*, 20, 273–290.

- Navarro, E., Meléndez, J., Sales, A., & Sancerni, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Nader, N., Houssa, M., & Mazzone, S. (2013). How could Theory of Mind contribute to the differentiation of social adjustment profiles of children with externalizing behavior disorders and children with intellectual disabilities? *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2642–2660.
- Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social (2013).
- Price, C., & Zwolinski, N. (2010). Personality correlates to attributional style in undergraduates. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13, 53-54.
- Restrepo, C., Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18 (2), 41-48.
- Reynolds, C., & Richmond, O. (1981 - 1997) Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMAS – R. México: Manual Moderno.
- Richaud, M. C., Mestre, M. V., Lemos, V., Tur, A., Ghiglione, M. & Samper, P. (2013). La influencia de la cultura en los estilos parentales en contextos de vulnerabilidad social. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(2), 419-431.
- Rodríguez, A., & Granada, O. (2007). Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(6), 270-276.

- Rodríguez, A. (2014). Un caso de desobediencia infantil en el contexto de los nuevos modelos familiares. España. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 165-171.
- Rodríguez, A., & Martínez, E. (2001). Estilos de aprendizaje y e-learning. Hacia un mayor rendimiento académico. *Revista del Departamento de Economía de la Empresa*, 1-10.
- Rodríguez, M., & Esparza, N. (2001) Factores Contextuales del desarrollo Infantil y su relación con los estados de Ansiedad. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología*, 5 (1), 47-64.
- Ruiz, I., & Gallardo, J. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Revista Anales de Psicología*, 18 (2), 261-272.
- Saucedo, M (2003). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Adolescencia.
- Segura, S., Posada, S., Ospina, M., & Gómez, H. (2010). Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescentes entre 12 y 17 años de edad, del municipio de Sabaneta del departamento de Antioquia – Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 3(2) ,63-73.

- Sennett, Z. (2000). Reducing hopelessness: The interaction of enhancing and depressogenic attributional styles for positive and negative life events among youth psychiatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1183- 1198.
- Terrazas, E., García, A., Díaz, M., & García, M. (2011). “Depresión”. Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (111), 457-475.
- Tisher, M., & Lang, M. (1999). Children’s depression scale revised. México: El Manual Moderno.
- Thomasz,E, Caruana, M; Massot, J & Eriz; M; (2014). *Riesgo social: medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados*, Cuadernos del CIMBAGE 16, 27-51.
- Trujillo, A. y Florez, I. (2013). Consumo de Alcohol en los Adolescentes de Chía y su percepción del Consumo y de la Permisividad Parental frente al uso de sustancias. *Revista Colombiana de Psicología*. 22 (1), 41-57.
- Valiente, R., Sandín , B., Chorot, P., & Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15 (3), 414-419.
- Vinaccia, S., Gaviria, A, M., Atehortúa, L, F., Martinez, P,H., Trujillo, C., & Quiceno, J,M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “Child Depression Inventory” CDI. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2(1), 217-227.

Vázquez, A; Muñoz J; & Becoña, K. (2000). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82 (4), 300-310.

Velásquez, C & Montgomery, L. (2009). Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos. Un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 16, 65-89.

Wiesner, C. & Peñaranda, D. (2002). Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes reporte de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*. 5-14.

## APENDICES

### Apéndice A. Cuestionario de variables de vulnerabilidad social

*Se sugiere ser diligenciado por el investigador y los acudientes.*

**Edad del Acudiente** \_\_\_\_\_ **Sexo** Hombre  Mujer

**Estrato socioeconómico** 1  2  3  4  5  6

**Nivel educativo alcanzado del acudiente**

Sin educación  Primaria Incompleta  Primaria completa

Secundaria incompleta  Secundaria completa  Técnico completo

Técnico Incompleto  Tecnólogo Completo  Tecnólogo Incompleto

Universidad incompleta  Universidad Completa

**Tipo de familia con quien que vive el participante**

Monoparental Paterna  Monoparental Materna  Nuclear completa

Recompuesta  Extensa

**¿En qué tipo de vivienda vive?**

Casa o apartamento Propio  Casa o apartamento Alquilado

Casa o apartamento de amigos  Casa o apartamento de parientes

Hotel  Inquilinato

Pensión  Otros, cuál \_\_\_\_\_

**Nombre participante:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo** Hombre  Mujer

**Grado que está cursando:** 1°  2°  3°  4°  5°  6°  7°

**N° de hermanos** \_\_\_\_\_ **Posición que ocupa en la familia** \_\_\_\_\_

**Motivo por el cual ingreso a la Institución**

Violencia intrafamiliar  Consumo de SPA del participante  Consumo de SPA de padre

Problemas de conducta del participante  Habitabilidad en la Calle de los padres

Negligencia de los padres  Protección de conductas sexuales abusivas

Habitabilidad en la calle del participante  Otras formas de Violencia \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo lleva vinculado a la institución?**

0 a 3 meses     3 a 6 meses     6 a 9 meses     9 a 12 meses     12 a 15 meses   
 15 a 18 meses     18 a 24 meses     24 a 36 meses     más de 36 meses

## Apéndice B. CDI, Childrens Depression Inventory

**CDI**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

1.  Estoy triste de vez en cuando  
 Estoy triste muchas veces  
 Estoy triste siempre
2.  Nunca me saldrá nada bien  
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien\*  
 Las cosas me saldrán bien
3.  Hago bien la mayoría de las cosas  
 Hago mal muchas cosas  
 Todo lo hago mal
4.  Me divierten muchas cosas  
 Me divierten algunas cosas  
 Nada me divierte
5.  Soy malo siempre  
 Soy malo muchas veces  
 Soy malo algunas veces
6.  A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas  
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.  Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy
8.  Todas las cosas malas son culpa mía  
 Muchas cosas malas son culpa mía  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9.  No pienso en morirme

- Pienso en morirme pero no haría nada contra mi vida
  - Quiero morirme
- 10.  Tengo ganas de llorar todos los días
  - Tengo ganas de llorar muchos días
    - Tengo ganas de llorar de vez en cuando
- 11.  Las cosas me preocupan siempre
  - Las cosas me preocupan muchas veces
    - Las cosas me preocupan de cuando en cuando
- 12.  Me gusta estar con la gente
  - Muy am menudo no me gusta estar con la gente
    - No quiero en absoluto estar con la gente
- 13.  No puedo decidirme
  - Me cuesta decidirme
    - Me decido fácilmente
- 14.  Tengo buen aspecto
  - Hay cosas de mi aspecto que no me gustan
    - Soy feo (a)
- 15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
  - Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
    - No me cuesta ponerme a hacer los deberes
- 16.  Todas las noches me cuesta dormirme
  - Mucha noches me cuesta dormirme
    - Duermo bien
- 17.  Estoy cansado de vez en cuando
  - Estoy cansado muchos días
    - Estoy cansado siempre
- 18.  La mayoría de los días tengo ganas de comer
  - Muchos días no tengo ganas de comer
    - Como muy bien
- 19.  No me preocupa ni el dolor ni la enfermedad
  - Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
    - Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
- 20.  Nunca me siento solo
  - Me siento solo muchas veces
    - Me siento solo siempre

21.     **0** Nunca me divierto en el colegio  
      **0** Me divierto en el colegio de vez en cuando  
      **0** Me divierto en el colegio muchas veces
22.     **0** Tengo muchos amigos  
      **0** Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más  
      **0** No tengo amigos
23.     **0** Mi trabajo en el colegio es bueno  
      **0** Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes  
      **0** Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
24.     **0** Nunca podré ser tan bueno como otros niños  
      **0** Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños  
      **0** Soy tan bueno como otros niños
25.     **0** Nadie me quiere  
      **0** No estoy seguro de que alguien me quiera  
      **0** Estoy seguro de que alguien me quiere
26.     **0** Generalmente hago lo que me dicen  
      **0** Muchas veces no hago lo que me dicen  
      **0** Nunca hago lo que me dicen
27.     **0** Me llevo bien con la gente  
      **0** Me peleo muchas veces  
      **0** Me peleo siempre

## Apéndice C. CMAS-R Ansiedad rasgo

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12. Siempre me porto bien	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18. Soy muy sentimental	Sí	No
19. Me sudan las manos	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo	Sí	No
24. Siempre digo la verdad	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28. Nunca me enojo	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No

## Apéndice D. Consentimiento informado para padre y/o acudientes.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bogotá, \_\_\_\_ Noviembre de 2015

Yo \_\_\_\_\_, identificado con la cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_, en calidad de acudiente de \_\_\_\_\_, acepto que participe en la investigación titulada “Las condiciones de vulnerabilidad social y los problemas internalizantes en niños institucionalizados”, la cual consiste en la aplicación de dos instrumentos que permite identificar la presencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa, en los niños pertenecientes al Programa “Generaciones” entre 6 y 13 años de edad. La investigación será llevada a cabo por las estudiantes Johanna Ariza, Diana González y Paola Novoa, estudiantes de la Especialización en Psicología Clínica de Niñez y Adolescencia de la Universidad de la Sabana y supervisada por la Doctora Margarita Rozo.

Esta investigación no implica ningún riesgo para la integridad física ni psicológica de los participantes (Resolución 8430 de 1993, Ministerio de Salud) y pueden retirarse de ella en el momento que lo decidan, sin tener que dar explicación alguna y sin consecuencias. Entiendo que la identidad de los participantes será absolutamente anónima, por lo cual la información registrada será observada exclusivamente por los investigadores.

Acepto que los datos de esta investigación sean usados con propósitos únicamente investigativos y que serán publicados manteniendo el anonimato de los participantes.

He sido informado(a) que en caso de tener alguna duda puedo preguntar con toda libertad.

En constancia firmo

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de investigadora a cargo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de investigadora a cargo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de investigadora a cargo

## Apéndice E. Asentimiento Informado para participantes.

**ASENTIMIENTO INFORMADO**

Bogotá, \_\_\_\_\_ de Noviembre 2015

Yo \_\_\_\_\_ identificado con T.I Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ consiento mi participación en la investigación realizada por estudiantes de Especialización en Psicología Clínica de la niñez y adolescencia de la Universidad de la Sabana y bajo la supervisión técnica, profesional y académica de la Psicóloga docente Margarita Rozo. La cual tiene como objetivo determinar los niveles de depresión y ansiedad y las condiciones de vulnerabilidad social en un grupo de niños y niñas institucionalizados de 6 a 13 años de edad.

.  
Certifico que se me ha explicado el objetivo de la investigación, los procedimientos del mismo y fui informado que no se me identificará en los resultados que deriven de esta investigación y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial y con fines académicos.

En constancia firma:

\_\_\_\_\_ T.I \_\_\_\_\_