



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 3

Septiembre de 2016

# SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS QUE HAN SIDO TESTIGOS DE VIOLENCIA EN LA CALLE QUE VIVEN EN CIUDAD JUÁREZ

Lucia Nereth Quintana Moya<sup>1</sup> y Elsa Beatriz Maldonado Santos<sup>2</sup>  
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Chihuahua  
México

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la depresión en niños y niñas que han presenciado episodios de violencia en la calle que actualmente viven en Ciudad Juárez. La hipótesis postula que esperamos que los niños testigos de violencia en la calle obtengan mayores puntuaciones en las escalas de depresión que el grupo control, el cual no presenció ningún tipo de violencia. Se escogió una muestra de 59 niños/as entre los 7 y los 12 años. Veintinueve de ellos habían presenciado algún acontecimiento violento extremo en la calle (asaltos, tiroteos, gente herida de bala y/o riñas). Los 30 restantes formaron parte del grupo control. Se aplicaron los siguientes instrumentos: *Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV)*, *Entrevista Padres ad hoc*, *Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)*, *Cuestionario ad hoc de Estado de Ánimo (EA)* y el *Four Factor Index of Social Status*. Los resultados muestran que las escalas de depresión (CDI) fue más altas en el grupo a estudiar que en el grupo control.

**Palabras claves:** Violencia en la calle/depresión/niños

<sup>1</sup> Correo Electrónico: [lucia.quintana@uacj.mx](mailto:lucia.quintana@uacj.mx)

<sup>2</sup> Correo Electrónico: [beatriz.maldonado@uacj.mx](mailto:beatriz.maldonado@uacj.mx)

# SYMPTOMATOLOGY OF DEPRESSION ON BOYS AND GIRLS WHO HAVE WITNESS'S VIOLENCE IN THE STREET LIVING IN CIUDAD JUAREZ

## ABSTRACT

The aim of this work consisted in studying the depression in children who have witnessed violence in the street currently living in Ciudad Juarez. The hypothesis we expect children witnessed violence on the streets get higher scores on scales of depression than the control group, which did not witness any violence. The sample consisted of 59 children of boys / girls aged 7 and 12 years old. Twenty-nine of them had witnessed some extreme violent event on the streets (assaults, shootings, people gunshot wound and / or arguments). The remaining 30 were part of the control group. The following instruments were applied: *Questionnaire of exposure to violence (CEV)*, Interview parents ad hoc, *Questionnaire of child depression (CDI)*, *ad hoc Questionnaire Mood (EA)* and *the Four Factor Index of Social Status*. The results found that the depression scale (CDI) were higher in the study group than in the control group.

**Key Words:** violence in the street/ depression/children

## Introducción.

La violencia se puede presentar en diferentes contextos. La violencia en la calle es uno de ellos. Aunque no existe una conceptualización en sí de este tipo de violencia, esta forma parte de la violencia en la comunidad. La violencia en la comunidad se refiere a los actos violentos que se dan fuera de la esfera familiar (Young, 2010).

Ser testigo de este tipo de violencia se define como el hecho de haber estado expuesto frecuente y continuamente al uso de armas de fuego, drogas y violencia al azar (Osofsky, 1995).

Durante los últimos años México se ha enfrentado a un considerable incremento de la violencia relacionada con el crimen organizado. De acuerdo con los datos oficiales, de 2006 a 2010 han muerto 30,196 personas debido a estas

circunstancias en todo el país. Entre ellas 913 niños menores de 18 años edad (Unicef, 2010).

Ciudad Juárez es una localidad con altos índices de violencia, entre el 2006 al 2010 los asesinatos se incrementaron en un 20%. En ese mismo año trágico el balance se cerró con 2861 asesinatos. Algunos factores clave favorecen la presencia de violencia en Ciudad Juárez. Uno de ellos es la ubicación de la ciudad, ya que es una población fronteriza con Estados Unidos y muchas personas transitan por la ciudad para tratar de emigrar. Otros factores son, los altos índices de pobreza, la baja calidad de vida, la presencia abrumadora de grupos de narcotraficantes y las pandillas juveniles (Guerrero, 2010).

De acuerdo a Cruz (2011), en un estudio realizado por el Colegio de la Frontera Norte, la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y el Instituto Tecnológico de Monterrey, se estima que cerca de 25 mil menores que viven en Ciudad Juárez se encuentran en una situación vulnerables a los efectos del narcotráfico.

Entre las principales consecuencias a nivel psicológico que sufren los niños testigos de violencia se encuentran la depresión (Neumann et al., 1996; Boney-McCoy y Finkelhor, 1996; De Arellano et al., 2009).

La depresión se define como un “Sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después de alguna pérdida o algún suceso estresante, pero que continúa mucho tiempo después. Son característicos los patrones de pensamientos inapropiados que generalizan todos los eventos como una calamidad” (Sarason y Sarason, 1996; p.287).

De acuerdo al DSM 5, Asociación Americana de Psiquiatría (2013), los síntomas que se presentan son los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva parte de otras personas (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

La depresión se manifiesta por la exhibición de síntomas de un estado de ánimo negativo seguido de ciertas dificultades somáticas, cognitivas, y de conducta. En los niños y adolescentes se puede ver que el placer ha desaparecido, muestran aislamiento social, baja autoestima, problemas para concentrarse, bajo rendimiento académico, alteraciones en el sueño, en la manera de comer y en la eliminación y suelen presentar síntomas somáticos (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Los niños muestran la depresión de una manera diferente a los adultos, los menores exhiben más quejas somáticas, rechazo social, pérdida del interés y de la capacidad de vivir el placer, desequilibrio en las pautas de alimentación, en el sueño, el peso, actividad, energía, autoestima, motivación y por lo general presentan menos enlentecimiento en comparación con adolescentes y adultos (Ramírez y Avila, 2013).

Aunque existen estudios en México sobre niños testigos de violencia como los de (Bolaños, Loredo, Trejo y Huerta, 2010; Girard, 2010; Williams, 2010) ninguno de estos se refiere específicamente a niños testigos de violencia en la calle y su relación con la depresión.

Método.

Participantes.

La selección del grupo expuesto se llevó a cabo en los Centros Municipales de la Coordinación de Bienestar Infantil de Ciudad Juárez. Se buscó que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: Niños y niñas entre los 7 y los 12 años ( $x=9,58$  años;  $s=1,84$  años) que han sido testigos de un acontecimiento violento en la calle en Ciudad Juárez, y que dicho acontecimiento se hubiera presentado en el último año. El porcentaje de participantes por género fue el 38% niñas y el 62% niños.

El grupo control fue seleccionado entre los alumnos de la Escuela Primaria Alianza por la Educación. Se buscó que tuvieran características socioeconómicas similares al grupo a estudiar y que no hubieran presenciado ningún acontecimiento violento en la calle. El 50% fueron niñas y el 50% niños. ( $x=10,13$  años;  $s=0,90$  años). El nivel socioeconómico de la muestra total estuvo constituido por el 88% de nivel bajo y nivel medio bajo y el 12% de nivel medio, el nivel socioeconómico de los dos grupos fue evaluado mediante la escala Four Factor Index of Social Status (Hollingshead 1975; Canals 2002).

Instrumentos.

*Depression Inventory*. (Kovacs, 1992). Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) adaptado por Del Barrio, Moreno y López (2002). Consta de 27 ítems a los que responden los propios niños con tres alternativas de respuesta 0, 1 y 2 en función del grado de depresión que indique la respuesta de cada niño: 0= (normalidad, nada deprimido), 1= (cierta intensidad) y 2=(presencia inequívoca de un síntoma depresivo). La puntuación del sujeto se obtiene sumando cada uno de los valores

de cada ítem, por lo que a mayor puntuación, mayor intensidad de la sintomatología depresiva. La puntuación máxima es de 54 en donde el punto de corte es 19 puntos.

El cuestionario presentó una fiabilidad de consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,82 con nuestros datos.

*Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV)*, creado por Orue y Calvete (2010). Consiste en 21 ítems, 9 de exposición directa o victimización y 12 de exposición indirecta para las situaciones en las que los niños y adolescentes han sido testigos de violencia. Los ítems son respondidos por los niños y hacen referencia a tres tipos de violencia (física, verbal y amenazas) en cuatro contextos: colegio, vecindario, casa y TV. Cada ítem debe ser contestado en una escala tipo Likert de 5 puntos de 0 (nunca) a 4 (todos los días). Se obtuvo un consistencia interna de alfa de Cronbach de = 0,81 con los datos recogidos en nuestro estudio.

*Entrevista Padres ad hoc*. Se realizó una entrevista semiestructurada para conocer los datos sociodemográficos de la familia.

*Cuestionario ad hoc* de Estado de Ánimo (EA). Se construyó un cuestionario con preguntas acerca de la sintomatología de la depresión que figuran en los criterios especificados en el DSM -IV –TR American Psychiatric Association, (2002) que consta de 8 ítems y las respuestas también se hicieron con una escala tipo Likert en donde (0=nunca, 1=algunas veces, 2=frecuentemente, 3=casi siempre, y 4=siempre). El alfa de Cronbach fue de 0,71. Este instrumento fue respondido por los padres en relación a los síntomas de sus hijos.

*Four Factor Index of Social Status* (Hollingshead 1975; Canals 2002). Este instrumento proporciona un índice del nivel socioeconómico a partir de cuatro factores: estado civil, ocupación, educación y jubilación. El nivel de estatus socioeconómico para una unidad familiar se calcula multiplicando los valores de las escalas de ocupación y educación por unos factores de corrección que tienen su origen en el análisis de regresión múltiple realizado por el propio autor. Los valores obtenidos se pueden agrupar en cinco categorías: alto (66-55), medio-alto

(54-40), medio (39-30), medio-bajo (29-20) y bajo (19-8). Este cuestionario fue contestado por los padres.

#### Procedimiento.

Se contactó con las instituciones. Primero se habló con los directores de éstas, explicándoles los objetivos de la investigación y las pruebas que se iban a realizar. Se hizo un screening para encontrar a los niños de estos centros que cumplieran con las características requeridas (edad, testigo de violencia en la calle). A continuación se pidió un consentimiento firmado a los padres y se llevó a cabo la entrevista a los mismos para detectar si sus hijos habían presenciado algún acontecimiento violento y se les aplicó la prueba EA.

La aplicación de los instrumentos para los niños se realizó en grupos de 10, en donde dos psicólogos explicaron las instrucciones y después supervisaron individualmente por si se encontraba alguna dificultad. Los padres contestaron las pruebas y la entrevista de manera individual.

Para el grupo control, se habló con el director de la escuela primaria y se prosiguió con el consentimiento firmado por los padres. En este caso la aplicación de los instrumentos se realizó de la misma manera que se había hecho con el grupo expuesto.

#### Resultados.

Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0. Se llevaron a cabo los análisis descriptivos para todas las variables. Con el fin de estudiar la relación entre las variables cuantitativas, se realizaron correlaciones de Pearson y modelos de regresión lineal. Para verificar la fiabilidad de consistencia interna de las escalas se calcularon las alfas de Cronbach. Finalmente, se compararon las medias del grupo de niños testigos de violencia en la calle con las medias obtenidas en el grupo control.

Los datos sociodemográficos de la muestra. Medias y frecuencias por sexo y grupo (véase tablas 1 y 2)

Variable	Grupo	n	media	Desviación estándar	t	p
Sexo	Femenino	26	9,54	1,33	1,46	0,15
	masculino	33	10,06	1,39		
Grupo	No testigos	30	10,13	0,90	1,75	0,09
	Testigos	29	9,52	1,70		

Tabla1. Media de edad por sexo y grupo.

Grupo	Femenino		Masculino		χ <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
No testigos	15	50	15	50	0,87	0,35
Testigos	11	37,9	18	62,1		

Tabla 2. Frecuencia de sexo por grupo

Primero se analizaron las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones obtenidas por los niños testigos de violencia en la calle en la escala CDI y las proporcionadas por sus padres en el cuestionario EA, es destacable señalar que no se observaron correlaciones significativas entre estas dos.

Se llevaron a cabo análisis de varianza 2x2 con la variable dependiente depresión infantil (CDI). Los niveles de una de las variables independientes fue si el niño había sido víctima o no de violencia. La segunda variable fue el sexo. En el análisis de la depresión infantil se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los niños testigos de violencia y los niños no testigos de

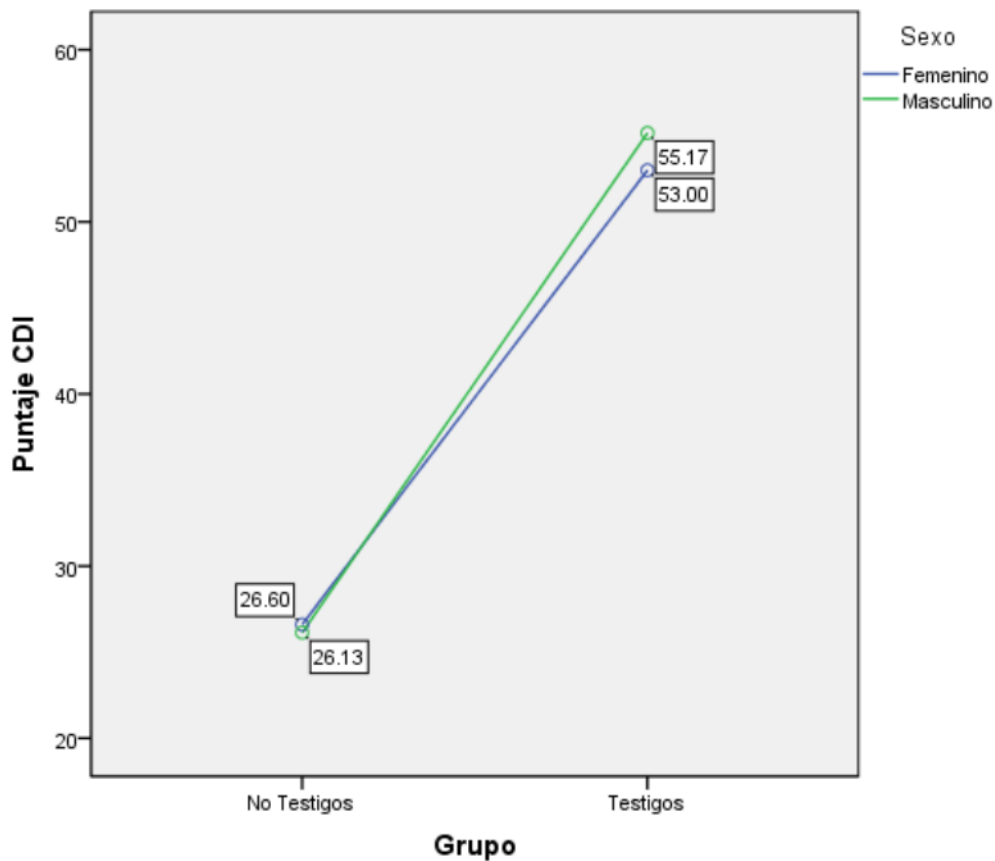


violencia,  $F(1, 55) = 1607,18$ ,  $p < 0,001$ , en donde los niños testigos de violencia reportaron una media más alta (véase tabla 3).

Grupo	Media	Desviación Estándar	n
Puntaje Depresión			
No testigos	26,37	2,28	30
Femenino	26,60	2,41	15
Masculino	26,13	2,20	15
Testigos de violencia	54,34	3,04	30
Femenino	53,00	3,55	11
Masculino	55,17	2,43	18
Femenino	37,77	13,61	26
Masculino	41,97	14,86	33

Tabla 3. Medias y desviaciones estándar de los niños divididos por grupos.

El intervalo de confianza de 95% para el grupo de niños no testigos fue de 25,55 – 27,19 y para el grupo de niños testigos de violencia fue de 53,25 – 55,43. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre niños y niñas ( $F(1, 55) = 1,51$ ,  $p = 0,22$ ) y la interacción fue estadísticamente significativa ( $F(1, 55) = 3,63$ ,  $p = 0,06$ ). En la figura 1, se muestran las diferencias de medias de las puntuaciones de la escala de depresión (CDI), en el grupo de niños y niñas testigos de violencia en la calle y el grupo control.



Discusión.

En lo que se refiere a los síntomas de depresión, como era de esperarse, el grupo que fue expuesto a la violencia en la calle presento puntuaciones más elevadas a diferencia del grupo control. La elevada proporción de sintomatología depresiva de estos infantes puede relacionarse con los índices hallados en la investigación llevada a cabo por Leiner et al. (2012). Estos autores realizaron un estudio binacional donde la muestra estuvo compuesta por niños mexicanos de Ciudad Juárez y niños americanos de la ciudad de El Paso, Texas. Encontraron que en todas las escalas utilizadas, el tamaño del efecto fue superior en los infantes de la muestra de México.

En este mismo sentido, es importante mencionar el estudio longitudinal realizado por Slopen, Garret, Williams y Gilman (2011) con una muestra constituida por 2,345 adolescentes, en el cual concluyeron que la exposición a niveles elevados de violencia conlleva riesgos significativos de desarrollar depresión mayor, la cual incrementa el riesgo cuando la exposición ha sido través de múltiples clases de violencia.

En cuanto a los hallazgos de esta investigación, cabe señalar uno que no teníamos contemplado originalmente como objeto de estudio. Se trata del hecho que no encontramos ninguna correlación estadísticamente significativa entre las escalas que miden depresión en las respuestas proporcionadas por padres e hijos. Aunque no encontramos argumentos teóricos específicos que expliquen estos resultados, podemos inferir que el hecho de que la mayoría de los padres que integran la muestra de este estudio, se vean en la necesidad de pasar gran parte de sus días fuera de su hogar trabajando, trae como consecuencia una pobre relación parental. Esta pobre relación padres-hijos puede explicar de alguna manera, la escasa percepción de problemas escolares, físicos y emocionales que pudiesen estar experimentando los menores en las familias estudiadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR**. (4ª.ed. revisada). España.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). **Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5**. Arlington
- Bolaños-Rodríguez, M., Loredó-Abdalá, A., Trejo-Hernández, J., y Huerta-López, J. (2010). Violencia familiar como factor asociado a la frecuencia de crisis asmáticas en niños. Estudio preliminar. **Acta Pediátrica de México**, **31**(5).
- Boney-McCoy, S., y Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **64**(6), 1406-1416.
- Canals, J. (2002). Estudi de fiabilitat i validesa del CSI-4. **Manuscrit no publicat**. Tarragona, España: Universitat Rovira i Virgili.
- Cruz, J. (2011). **25 mil menores vulnerables al narco**. Recuperado de 06 de mayo del 2012 <http://www.eluniversal.com.mx/estados/80306.html>.
- De Arellano, M., Bridges, A., Hernández, M., Kenneth, R., Vásquez, D., Acierno, R., y Danielson, C. (2009). Trastorno por estrés postraumático en niños: una revisión. **Behavioral Psychology**, **17**(1), 11-39.
- Del Barrio, V., Moreno, C, López, R. (2000). Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1992), su aplicación en población española. **Clínica y Salud**, **10**, 393-416.
- Girard, M. P. (2010). Niñez y violencia: experiencias y voces de pequeños actores sociales de la colonia Morelos, DF (México). **In Anales de Antropología**, **41**( 2).
- Graham-Bermann, S. A., y Levendosky, A. A. (1997). The social functioning of preschool-age children whose mothers are emotionally and physically abused. **Journal of Emotional Abuse**, **1**(1), 59-84.
- Guerrero, E. (2010, 03 Noviembre). Como reducir la violencia en México, 18 *Nexos en línea*. Recuperado el 10 de diciembre del 2010. [www.nexos.com.mx/?P=leerarticulo yArticle=1197808](http://www.nexos.com.mx/?P=leerarticulo yArticle=1197808)
- Hollingshead, A.B. (1975). **Four Factor Index of Social Status**. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University.
- Kovacs, M. (1992). **Children's Depression Inventory CDI Manual**. New York: Multi-Health Systems.

- Leiner, M., Puertas, H., Caratachea, R., Avila, C., Atluru, A., Briones, D., y Vargas, C. D. (2012). Children's mental health and collective violence: a binational study on the United States-Mexico border. **Revista Panamericana de Salud Pública**, **31**(5), 411-416.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., y Pollock, V. E. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. **Child Maltreatment**, **1**(1), 6-16.
- Orue, I., y Calvete, E. (2010). Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, **10**(2), 279-292.
- Osofsky, J.D. (1995). The effects of exposure to violence on your children. **American Psychologist**, **50**, 782-788.
- Ramírez, M. O., y Ávila, J. R. (2013). Depresión infantil. **Revista Científico Electrónica de Psicología**, (6).
- Sarason, I.G., y Sarason, B. R. (1996). **Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada**. México: Prentice Hall.
- Slopen, N., Garrett, F., Williams, D., y Gilman, S. (2011). Common patterns of violence experiences and depression and anxiety among adolescents. **The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services**, **52**(6), 1-18.
- Unicef. (2010). **Informe Anual Unicef México**. Mexico: Unicef.
- Young, S. (2010). Concept Analysis of Community Violence: Using Adolescent Exposure to Community Violence as an Exemplar. **Issues in Mental Health Nursing**, **31**, 4-7.
- Wicks-Nelson, R., y Israel, A.C. (1997). **Psicopatología del niño y del adolescente**. España. Prentice Hall.
- Williams, P. (2010). El Crimen Organizada y la Violencia en México: Una Perspectiva Comparativa. **Revista de Historia Internacional**, **11**, 15-40.