

## RELACIÓN ENTRE NIVEL SOCIOECONÓMICO, APOYO SOCIAL PERCIBIDO, GÉNERO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS

### RELATION BETWEEN SOCIOECONOMIC LEVEL, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, GENDER AND DEPRESSION IN CHILDREN

SOLANGE RODRIGUEZ ESPÍNOLA\*

\*Doctora en Psicología. Becaria Post-Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente en las áreas de Metodología de la Investigación y Psicología de la Adolescencia de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).

E-Mail: [solange.rodriguezespino@gmail.com](mailto:solange.rodriguezespino@gmail.com)

Tte. Gral. Perón 2158 - (C1040AAH) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -  
República Argentina.

La autora agradece a la Dra. María Cristina Richaud de Minzi, Directora de Beca, su asesoramiento para la realización del estudio que se informa.

#### RESUMEN

Se realizó un estudio correlacional con una muestra de 593 *escolares* de 9 a 13 años, a quienes se les administró la adaptación argentina para niños del Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS-A) de Rodríguez Espínola (2009a). El cuestionario original fue construido por el grupo médico de estudios en apoyo social (*The Medical Outcomes Study Social Support Survey* -MOS-SSS) dirigido por Sherbourne y Stewart (1991). También se administró la Versión Argentina de la Escala de *Depresión* para Niños y Adolescentes de Harter y Nowakowski (Richaud de Minzi, Sacchi & Moreno, 2001). El análisis MANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas [ $F$  de Hotelling (2, 590) = 11.37;  $p$  = .000] entre el nivel socioeconómico bajo y medio en la percepción de apoyo social total y estructural. La clase baja demostró menor *apoyo social percibido* y estructural que la clase media. La percepción de apoyo social según género no demostró diferencias significativas. Se pudo observar mediante un MANOVA que había diferencias en la depresión, según

la percepción de apoyo social, categorizado en bajo, medio y alto [ $F$  de Hotelling (8, 284) = 3.71;  $p$  = .000]. Los niños que percibieron alto apoyo social demostraron mayor *estado de ánimo positivo*, *autovaloración positiva* y menor *energía-interés*. Los distintos factores de depresión se relacionaron estadísticamente según el nivel socioeconómico medio y bajo [ $F$  de Hotelling (4, 586) = 8.09;  $p$  = .000]. El grupo de clase baja puntuó menos en *estado de ánimo positivo*, en *autovaloración positiva*, en *energía-interés* y en *autoinculpación*, demostrando que estos niños se perciben más deprimidos que los de clase media. No se observaron diferencias con respecto a la depresión y el género.

**Palabras clave:** Depresión; Apoyo social percibido; Escolares; Pobreza.

#### ABSTRACT

People who has emotional difficulties characterized by depressive symptoms, observe dif-

difficulties in the social area, especially in the interpersonal relations. Across the social support there are received psychological and material resources in order that the subject could answer adequately. The socioeconomic characteristics would be important at the moment of adding resources to face to the depressive symptoms.

The sample of the study remained constituted by 593 *students* of both sexes, from 9 to 13 years, 52.3% ( $n = 310$ ) of masculine sex and 47.7% ( $n = 283$ ) of feminine sex. 47.5% ( $n = 283$ ) was children of schools of social-economic low class and 310 (52,5%) of middle class. The selected institutions concern to the province of Buenos Aires (República Argentina).

There used the *Questionnaire MOS of Social Support* (Sherbourne & Stewart, 1991) that is centralized in the analysis of the perception of help. It is a question of a questionnaire auto administered of 20 items. The first item values structural support and the rest functional support. Also one administered the Argentine Version of the Scale of *Depression* for Children and Teenagers of Harter and Nowakowski (Richaud de Minzi, Sacchi, & Moreno, 2001). It is an auto report that includes five dimensions of the depression: lack of energy, negative auto-valuation, auto-accusation and sadness; every subscale has six items. And ad-hoc constructed an interview to obtain information socio-demographics of the children, such as age, sex and socioeconomic level.

It was possible to observe by means of a MANOVA that there were significant differences in the depression, according to the perception of social support [ $F(8, 284) = 3.71; p = .000$ ]. The children who perceived high place social support demonstrated major positive state of mind ( $M = 12.60$ ) in comparison with those that they perceived under social support ( $M = 10.59$ ). Also they gave to themselves significant differences in *positive auto-valuation* between the children who perceived social high and low support. The subjects with minor social support ( $M = 6.39$ ) have significantly minor averages that those of high support ( $M = 7.56$ ) in the *positive auto-valuation*.

The factor Energy was significant with regard to the perception of social support ( $F = 5.05; p = .008$ ) high place ( $M = 8.02$ ), down ( $M = 6.88$ ) and according to the contrast between the average

support ( $M = 7.96$ ) and down, demonstrating that they perceive minor social support and in turn they feel with little energy and interest. The perception of social support for sex did not demonstrate significant differences. The different factors of depression turned out to be statistically significant according to the socio-economic average and low level after realizing a MANOVA [ $F(4, 586) = 8.09; p = .000$ ]. The group of low class obtained averages lower than those of the group of middle class in *positive state of mind*, in *positive auto-valuation*, in Energy and in Auto-accusation demonstrating that the children of class down them are perceived more depressed than those of middle class. Differences were not observed with regard to the depression and the gender.

We conclude that the children of socioeconomic class it down there were perceived by minor social total and structural support, that is to say that they mentioned minor size of social network that contains them in comparison with the minors of middle class.

It is possible to say that the children of socioeconomic class it down they present major indexes of depression compared with those of middle class. The minors of economic low level said to feel with lack of energy, fewer spirit and minor auto-estimates that the level children economic average associate.

**Key words:** Depression; Social perceived support; Students; Poverty.

## INTRODUCCIÓN

A través del apoyo social se reciben recursos psicológicos y materiales para que el sujeto pueda responder adaptativamente a situaciones consideradas de alta demanda (Acuña & Bruner, 1999; Aduna, 1998; Lemos, 1996). Cuando un individuo percibe el apoyo social de los que lo rodean, acepta las soluciones que éstos le proveen para resolver el problema, al mismo tiempo que lo ayudan a disminuir la importancia de la situación. Estos procesos disminuyen la res-

puesta del sistema neuroendócrino y colaboran para que la persona sea menos reactiva ante el estrés percibido (House & Kahn, 1985). La depresión suele relacionarse negativamente con el apoyo social (Abril, 1998; Latkin & Curry, 2003).

El apoyo depende también de la interacción con otras variables mediadoras, por ejemplo, el género (Cohen & Wills, 1985; Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero & Carballeira, 2003).

Las mujeres demuestran un mayor impacto ante los eventos estresantes así como un menor apoyo social y mayor ánimo depresivo que los hombres (Barra, Cancino, Lagos, Leal & San Martín, 2005; Del Barrio, Mestre, Tur & Samper, 2004; Ge, Conger & Elder, 2001; Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon, 2002; Seiffge-Krenke & Stemmler, 2003).

Los sujetos optimistas, asertivos, con alta autoestima, con habilidades sociales adecuadas y que son extrovertidos, suelen percibir altos niveles de apoyo de diversas redes sociales y reportan sentirse más satisfechos con él (Acuña & Bruner, 1999; Aduna, 1998; Gurung, Sarason, B. & Sarason, I., 1997; Sarason, I.G., Levine, Bashman & Sarason, B.R., 1983). Asimismo, cuando sus expectativas con respecto al apoyo no se cumplen, suelen explicarlo a través de factores específicos y de corta duración (Hartlage, Alloy, Vázquez & Dykman, 1993; Latkin & Curry, 2003).

Por otro lado, los sujetos ansiosos, con ánimo deprimido, baja autoestima, locus de control externo y/o bajos niveles de satisfacción con la vida, suelen percibir menor apoyo social y tienden a explicar esta carencia a través de factores generales y permanentes como su personalidad o sus características físicas y sociales, lo cual podría estar afectando negativamente la percepción de su valor personal (Daniels & Guppy, 1997; Gurung et al., 1997; Sarason et al., 1983, citado en Aduna, 1998).

Estudios con población general indican que la familia es considerada como la fuente principal de apoyo; sin embargo, cuando se vive en un contexto de pobreza esta relación

cambia, ya que es común que los miembros de la familia se encuentren en condiciones similares de precariedad, lo cual disminuye la posibilidad de dar y recibir apoyo (Abello Llanos, Madariaga Orozco & Hoyos de los Ríos, 1997). Bajo estas circunstancias, las redes sociales de la comunidad suelen convertirse en una fuente de apoyo primaria y altamente significativa (Ahluwalia, Dodds & Baligh, 1998; Latkin & Curry, 2003; Orthner, Jones-Sanpei & Williamson, 2004).

Dado lo anterior, se puede inferir que las redes sociales más benéficas para los sujetos con escasez económica, serían las redes amplias, dispersas y heterogéneas, las cuales favorecen cambios en la estructura de oportunidades e incluso llegan a promover una movilidad social ascendente. A pesar de que los lazos entre los miembros de este tipo de redes suelen ser débiles, se proveen a los sujetos consejos prácticos acerca de cómo lograr una mejora en el nivel socioeconómico (Henly, Danziger & Offer, 2005; Lin, Dean & Ensel, 1986).

El apoyo social brindado adecuadamente, puede considerarse entonces, como un recurso necesario para la adaptación del sujeto a las exigencias medioambientales. Beck (1983) encontró que los deprimidos tendían a distorsionar sus experiencias, interpretando equivocadamente sucesos irrelevantes, tales como rechazos y fracasos, y generalizan arbitrariamente cualquier evento basados en estos hechos. Propuso que ciertos esquemas cognitivos dominan el proceso mental y llevan a distorsiones cognitivas en la depresión.

Los pensamientos distorsionados ocurren tempranamente en la cadena de eventos que culmina con la depresión. La creencia en el destino y las exigencias hacia sí mismo o hacia otros, son vistas como las causas de una predisposición a desilusionarse, a perder el optimismo y finalmente caer en una depresión.

La depresión a edades tempranas de la vida interfiere en el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales. Afecta el ajuste del niño a su medio y promueve el deterioro en varios aspectos de su vida.

Actualmente el DSM IV-TR (APA, 2005) postula los mismos criterios diagnósticos de depresión para adultos, adolescentes y niños, sólo que las manifestaciones de los síntomas de dicho trastorno pueden cambiar con la edad.

En niños son habituales las quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social. Pero estos no están incluidos como criterios diagnósticos. Los criterios requeridos son:

a.- Cambio con respecto a la actividad previa durante un período de dos semanas.

b.- La presencia al menos de cinco de los siguientes síntomas:

- 1.- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- 2.- Pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer casi todos los días (al menos uno de estos dos es necesario para el diagnóstico).
- 3.- Falta de aumento de peso esperable.
- 4.- Insomnio o hipersomnia.
- 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6.- Fatiga o pérdida de la energía.
- 7.- Sentimientos de inutilidad, autoreproches.
- 8.- Culpa.
- 9.- Menor capacidad para pensar o concentrarse.
- 10.- Ideas de muerte o suicidio.

c.- Se requiere una frecuencia casi diaria de los síntomas mencionados y deterioro clínicamente significativo en la vida.

No existe una sola causa para la depresión, puede estar originada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

1.- *Herencia*: Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor en las personas con tras-

torno bipolar. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen historia familiar de la enfermedad.

2.- *Factores bioquímicos*: Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Las personas con depresión grave tienen desequilibrios de neurotransmisores. Además, los patrones de sueño que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el desequilibrio bioquímico de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

3.- *Situaciones estresantes*: La muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio suelen ocasionar síntomas de depresión, que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

4.- *Estacionalidad*: Hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

5.- *Personalidad*: Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la ca-

pacidad para enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

Como ocurre con otras enfermedades mentales, parece haber una predisposición genética que en ciertas personas provoca gran vulnerabilidad a padecer esta enfermedad. También es determinante el entorno familiar, social y escolar. Se sabe que se deprimen más frecuentemente los niños de familias desestructuradas, con padres que sufren estrés o depresión y, por supuesto, los niños maltratados.

Algunos estudios demuestran que se deprimen más los niños que las niñas (Blehar & Oren, 1995), aunque esta tendencia se invierte durante la adolescencia. No se sabe si el fracaso escolar es una causa de la depresión, una consecuencia de la misma o ambas cosas a la vez. También se señalan factores precipitantes de la depresión infantil, como una excesiva exigencia, la competitividad, el entorno hostil, la presión psicológica y cualquier suceso vital que tenga una repercusión negativa sobre el niño.

Las actitudes culturales pueden jugar un papel significativo entre la pobreza y la depresión. Los niveles socioeconómicos bajos se caracterizan por una mayor inclinación a la depresión, pesimismo y tristeza.

#### OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos y las hipótesis del estudio fueron los siguientes:

- 1.- Identificar y observar la influencia del apoyo social percibido y estructural según el nivel socioeconómico y el género.
- 2.- Relacionar y comparar las características de depresión evaluadas a través del ánimo, la autovaloración, el interés y la autoinculpación en los niños según género y nivel socioeconómico medio y bajo.

3.- Estudiar la influencia del apoyo social sobre la depresión.

H1.- El nivel socioeconómico y el género de los niños influyen sobre el apoyo social estructural y la percepción de apoyo social.  
H2.- El nivel socioeconómico bajo y el género femenino se relacionan con mayores síntomas de depresión.

H3.- La baja percepción de apoyo social influye positivamente en los síntomas de depresión.

#### MÉTODO

##### PARTICIPANTES

La muestra del estudio estuvo constituida por 593 niños de 9 a 13 años, el 52.3% ( $n = 310$ ) eran de sexo masculino y el 47.7% ( $n = 283$ ), de sexo femenino.

El 47.5% ( $n = 283$ ) eran alumnos de escuelas de clase socioeconómica baja y el 52.5% ( $n = 310$ ), de clase media.

##### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO

Dos de las escuelas a las que asistían los niños evaluados se encuentran en barrios emplazados en zonas de emergencia o villa miseria ubicados en el conurbano bonaerense. Se considera, según datos oficiales, que en estos barrios se encuentran los delincuentes de mayor peligrosidad, produciéndose continuos tiroteos que obligan a los habitantes del mismo a permanecer encerrados la mayor parte del tiempo. Las viviendas son precarias y no cuentan con agua corriente ni gas natural y varias familias viven dentro de una misma propiedad subdividida.

Los niños en su mayoría se alimentan en la institución escolar, que provee desayuno, almuerzo y merienda. La escuela además les suministra lápices, cuadernos, guardapolvos y zapatillas. La vestimenta y útiles que poseen estos niños son muy humildes.

Un alto porcentaje de padres son desocupados o se dedican a la recolección y venta



de cartones o material plástico, tienen trabajos eventuales realizando diversas tareas en la que se les paga a destajo y/o reciben planes sociales; sus madres suelen ser empleadas domésticas o sólo amas de casa, con niveles mínimos de escolaridad y con dificultades en el acceso a centros de salud. Muchos de estos padres han emigrado de países tales como Paraguay, Perú, Bolivia, así como también de provincias donde la situación socioeconómica es muy mala y llegan buscando mejores condiciones laborales.

Asisten muchos hermanos ya que suelen ir a estas escuelas niños de familias numerosas e hijos de distintos padres.

Los padres y madres son en gran porcentaje drogadictos, desarrollan conductas transgresoras y hay una alta incidencia de HIV (Rodríguez Espínola, 2009b). Esta situación genera presión emocional y malestar familiar crónico con un riesgo muy significativo de violencia y negligencia para los niños.

Los docentes son remunerados por el Estado, faltan sistemáticamente, no tienen suplentes por lo que los niños se retiran de la escuela cuando su maestro no asiste y sólo vuelven para comer. El nivel de inasistencia de los niños también es alto por causas diversas, pero las más significativas son: la necesidad de cuidar a algún miembro de su familia, porque sus padres no los llevan a la escuela, no los controlan en su actividad escolar, o porque deben salir a trabajar con sus padres para ayudarlos en la actividad que realizan.

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO

Las escuelas a las que asistían los alumnos pertenecientes al nivel socioeconómico medio son referentes de la educación privada y religiosa en la localidad de residencia.

La matrícula es elevada, con tres secciones por grado de 30 niños aproximadamente.

Los alumnos viven en su mayoría cerca de las instituciones, también hay un pequeño grupo que reside en localidades distantes y

concurren a estas escuelas para recibir una educación que promueve valores religiosos. Los padres tienen un trabajo estable, suelen ser profesionales con un pasar económico que satisface ampliamente las necesidades básicas. En la mayoría de los casos los niños mencionaron que ambos padres trabajaban y que su familia estaba compuesta por no más de cinco integrantes.

Además de las materias curriculares cuentan con materias extra-programáticas y actividades de intercambio y socialización con instituciones de similares características educativas.

El interés y participación de los padres en la educación formal de sus hijos se refleja en el cuidado de los niños, de su indumentaria y útiles así como en el pago de una cuota mensual.

#### INSTRUMENTOS

Los instrumentos empleados fueron seleccionados por estar adaptados y validados en la República Argentina para niños de edades y características sociodemográficas similares a la población que se estudió en la investigación que se informa.

#### ADAPTACIÓN PARA NIÑOS DE LA VERSIÓN ARGENTINA DEL CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL (RODRÍGUEZ ESPÍNOLA, 2009a)

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems. El primer ítem valora *apoyo estructural* (se refiere a características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño y densidad) y el resto, *apoyo funcional* (los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red).

Se pregunta con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo y él responde mediante una escala tipo Likert de 3 puntos (*siempre, a veces y nunca*).

En la versión para adultos se exploran cinco dimensiones del apoyo social: emo-

cional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Sin embargo, en la adaptación para niños la extracción de factores mostró un factor predominante que explicaba el 26.93% de la variancia, razón por la cual no se procedió a utilizar la factorización de la prueba propuesta para población adulta, sino que se entendió que los niños no diferencian los distintos tipos de apoyo social, ya que lo ven como un concepto integrado o general, considerado *apoyo social percibido* (la dimensión evaluativa que lleva a cabo el niño acerca de la ayuda con la que cree contar).

Se calculó la fiabilidad utilizando el coeficiente alpha de Cronbach y se obtuvo un valor de .84 para la escala total (Rodríguez Espínola, 2009a).

VERSIÓN ARGENTINA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HARTER Y NOWAKOWSKI (RICHAUD DE MINZI, SACCHI & MORENO, 2001)

Es un instrumento de autoinforme que operacionaliza cuatro dimensiones de la depresión: (a) *energía-interés* (la energía habitual y el interés por actividades), (b) *autovaloración positiva* (sentimientos, conceptos y actitudes en relación con su propia estima y valor), (c) *autoinculpación* (sentimiento de culpabilidad, se refiere a la auto-punición) y (d) *estado de ánimo positivo* (respuesta afectiva que implica el estado de humor que denota bienestar, expresando alegría, diversión y felicidad).

La prueba cuenta con 20 ítems y se responde en una escala tipo Likert de 3 puntos (*sí me parezco - me parezco un poco - no me parezco*).

En la versión argentina se descartó la dimensión de suicidio que presentaba la escala original en inglés ya que se trabajó con niños sin patología. El análisis factorial indicó la presencia de cuatro factores correspondientes a las dimensiones mencionadas.

Los alphas obtenidos para estudiar la fiabilidad como consistencia interna fueron: .66 (autoinculpación), .59 (autovaloración positiva), .65 (energía - interés) y .67 (estado de ánimo positivo).

## PROCEDIMIENTO

El personal directivo de las escuelas autorizó la administración de las pruebas y los padres dieron su consentimiento.

Los instrumentos fueron autoadministrados en pequeños grupos de no más de 10 niños; previamente se explicaron los pasos a seguir y se supervisó la ejecución de las pruebas. Se leyeron en voz alta los ítems para afirmar la lectura comprensiva de los niños. No se observó dificultad en la comprensión ya que las pruebas fueron adecuadas a su nivel de desarrollo y vocabulario.

Por razones éticas, debido al tema a investigar, se solicitó el nombre del alumno y se hicieron las derivaciones pertinentes en los casos de los niños detectados con síntomas depresivos. Además se realizaron devoluciones grupales de los resultados obtenidos en las distintas escuelas.

## RESULTADOS

### APOYO SOCIAL, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y GÉNERO

El análisis MANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas [ $F$  de Hotelling (2, 590) = 11.37;  $p$  = .000] entre el nivel socioeconómico bajo y medio en la percepción de apoyo social total y estructural.

La clase baja demostró menor apoyo social percibido que la clase media (ver Figura 1). La percepción de apoyo social estructural también fue menor en la clase baja (ver Figura 2).

Con respecto a la percepción de apoyo social por sexo no se observaron diferencias significativas [ $F$  de Hotelling (2, 590) = .446;  $p$  = .640].

### DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Se pudo observar mediante un MANOVA que había diferencias significativas en la depresión, según la percepción de apoyo social, categorizado en bajo, medio y alto [ $F$  de Hotelling (8, 284) = 3.71;  $p$  = .000] (ver Tabla 1).

Los contrastes post hoc indicaron diferencias significativas en *estado de ánimo*

*positivo* entre los niños que percibieron apoyo social alto y bajo. Los niños que percibieron alto apoyo social demostraron mayor estado de ánimo positivo ( $M = 12.60$ ) en comparación con los que percibieron bajo apoyo social ( $M = 10.59$ ). También se dieron diferencias significativas en *autovaloración positiva* entre los niños que percibieron apoyo social alto y bajo.

Los sujetos que perciben menor apoyo social ( $M = 6.39$ ) tienen medias significativamente menores que los que perciben un alto apoyo ( $M = 7.56$ ) en *autovaloración positiva*.

El factor *energía - interés* fue significativo con respecto a la percepción de apoyo social ( $F = 5.05$ ;  $p = .008$ ) alto ( $M = 8.02$ ), bajo ( $M = 6.88$ ) y según el contraste entre el apoyo medio ( $M = 7.96$ ) y bajo, demostrando que perciben menor apoyo social y a su vez se sienten con poca energía e interés.

En el último factor, *autoinculpación*, no se observaron diferencias significativas entre las medias según bajo, medio y alto apoyo social (ver Figura 3).

#### DEPRESIÓN, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y GÉNERO

Los distintos factores de depresión resultaron estadísticamente significativos según el nivel socioeconómico medio y bajo luego de realizar un MANOVA [ $F$  de Hotelling (4, 586) = 8.09;  $p = .000$ ] (ver Tabla 2).

El grupo de clase baja obtuvo medias inferiores a las del grupo de clase media en *estado de ánimo positivo*, *autovaloración positiva*, *energía - interés* y *autoinculpación*, demostrando que los niños de clase baja se perciben más deprimidos que los de clase media (ver Figura 4).

Se realizó un MANOVA para estudiar los factores de depresión y género, no hallándose diferencias significativas entre niños y niñas [ $F$  de Hotelling (4, 586) = 1.18;  $p = .320$ ].

#### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estudios epidemiológicos sugieren que entre el 3 y el 5% de los niños manifiestan ni-

veles clínicos de depresión (Fleming & Offord, 1990; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993; Poznanski & Mokros, 1994).

En la muestra evaluada se pudo observar una prevalencia de vulnerabilidad a la depresión de 31.5%, obteniéndose índices superiores a los encontrados en otras investigaciones realizadas en población general, que indican una incidencia del 2 al 5% de niños que cumplen los criterios para el diagnóstico depresivo (Kaslow, Deering & Ash, 1996).

La presencia de sintomatología depresiva es el producto de varios factores, entre ellos las características socioeconómicas (Cadoret et al., 1996). Sin embargo, es factible que la condición socioeconómica promueva la aparición de un trastorno depresivo en un grupo particularmente vulnerable de niños. En general, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor número de eventos vitales negativos, que incrementan la posibilidad de cualquier trastorno mental, entre éstos los depresivos (Kessler et al., 2003).

Los niños de clase socioeconómica baja se percibieron más deprimidos, considerándose con menos energía, ánimo y autovaloración que los niños de clase media. Algunos estudios (Mantilla, Sabalza, Díaz & Campo-Arias, 2004) muestran una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas de estrato socioeconómico bajo.

Alcalde, De la Viña y Ladrón (2002) observaron que la prevalencia de trastornos depresivos era similar en escuelas oficiales y privadas urbanas españolas; sin embargo, se omitió el estrato socioeconómico; mientras que Costello (1989) observó que la presencia de trastornos depresivos en población general era independiente del estrato socioeconómico.

Una alta autoestima se ha asociado a un nivel socioeconómico medio, posiblemente porque estos niños tienden a percibirse como dedicados y responsables, características que les han permitido superar las barreras culturales y sociales al tener un nivel económico respetable.

Una alta autoestima se considera un recurso psicológico útil porque suele estar aso-



ciada con una alta motivación al logro, una red social extendida e incluso mejores niveles de defensa inmunológica (Bermúdez, 1997).

Por el contrario, la baja autoestima ha sido asociada con soledad, depresión y con problemas sociales tales como delincuencia, marginación, prostitución y abuso de sustancias (Bermúdez, 1997), sentimientos de inferioridad y vergüenza (Narayan, Chambers, Shah & Petesch, 2000).

Las personas que viven en la pobreza se relacionan con gente de otros niveles socioeconómicos, ya sea por brindar servicios referidos a tareas domésticas o por estar mendigando o solicitando trabajos temporarios en forma habitual y frecuente. La gente de clase media y alta suelen caracterizar a los de clase baja como poco dispuestos a trabajar, sin hábitos de higiene, mal educados, sin disciplina, con baja moral, etc. Esto lleva a actitudes de indiferencia, desprecio o a un paternalismo hacia los pobres. A su vez, la población que pertenece al nivel socioeconómico bajo tiene mayor desconfianza hacia la sociedad e instituciones repercutiendo en

sentimientos de conformismo y resentimiento hacia los niveles sociales y económicos superiores.

Se puede concluir que los niños de clase socioeconómica baja se percibieron con menor apoyo social total y con menor apoyo social estructural, es decir que mencionaron un menor tamaño de red social que los contiene en comparación con los de clase media. Presentan mayores índices de depresión, comparados con los de clase media; también dijeron sentirse con falta de energía, menos ánimo y menor autoestima que los niños de nivel socioeconómico medio.

Los resultados demostraron que los niños que mencionaron tener bajo apoyo social percibido fueron los que tuvieron menos estado de ánimo positivo, menor autoestima y mayor falta de interés y energía.

A pesar de los resultados encontrados en otras investigaciones similares que mencionaban la relación entre las variables estudiadas y el sexo de los niños, en el estudio que se informa no se encontraron diferencias por género en los valores de depresión ni en apoyo social percibido.

FIGURA 1  
DIFERENCIA DE MEDIAS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

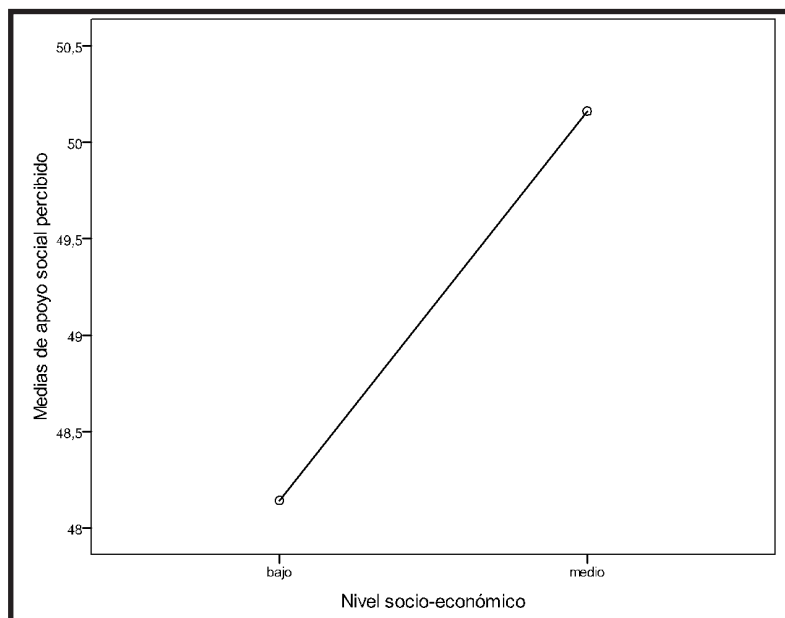


FIGURA 2  
DIFERENCIAS DE MEDIAS DE APOYO SOCIAL ESTRUCTURAL SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO

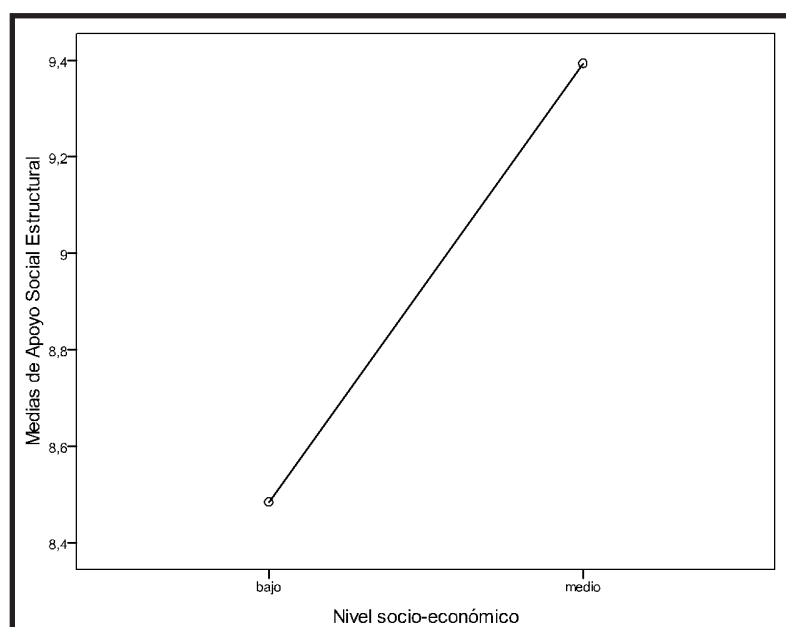


FIGURA 3  
MEDIAS OBTENIDAS EN LOS FACTORES DE DEPRESIÓN SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL ALTO, MEDIO Y BAJO

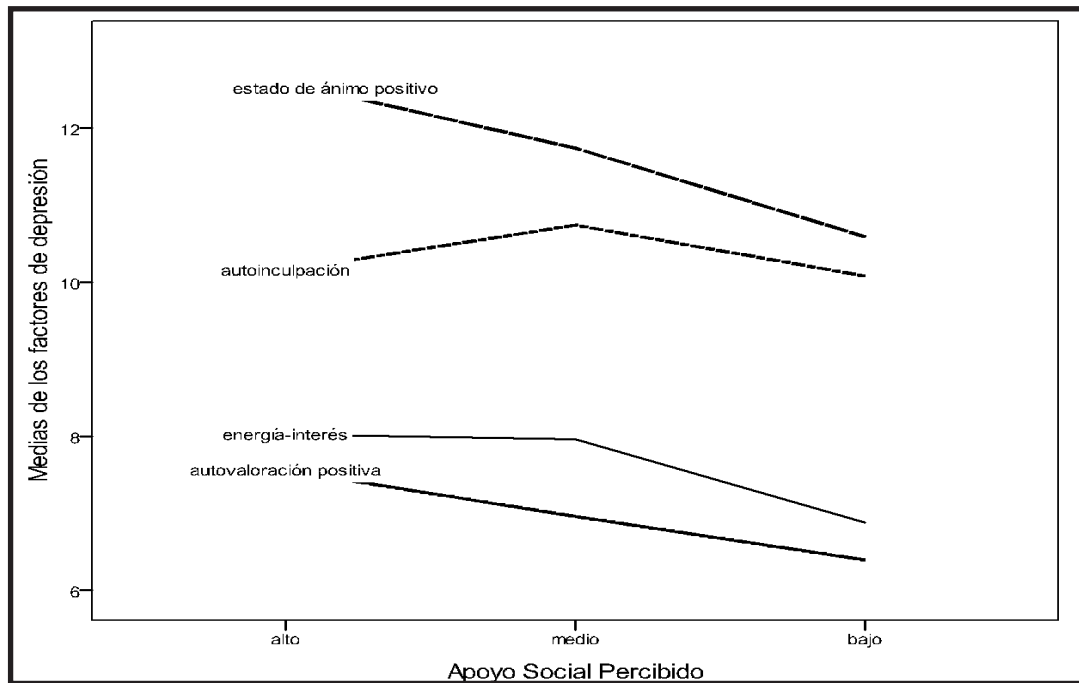


FIGURA 4  
MEDIAS OBTENIDAS EN LOS FACTORES DE DEPRESIÓN SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO Y BAJO

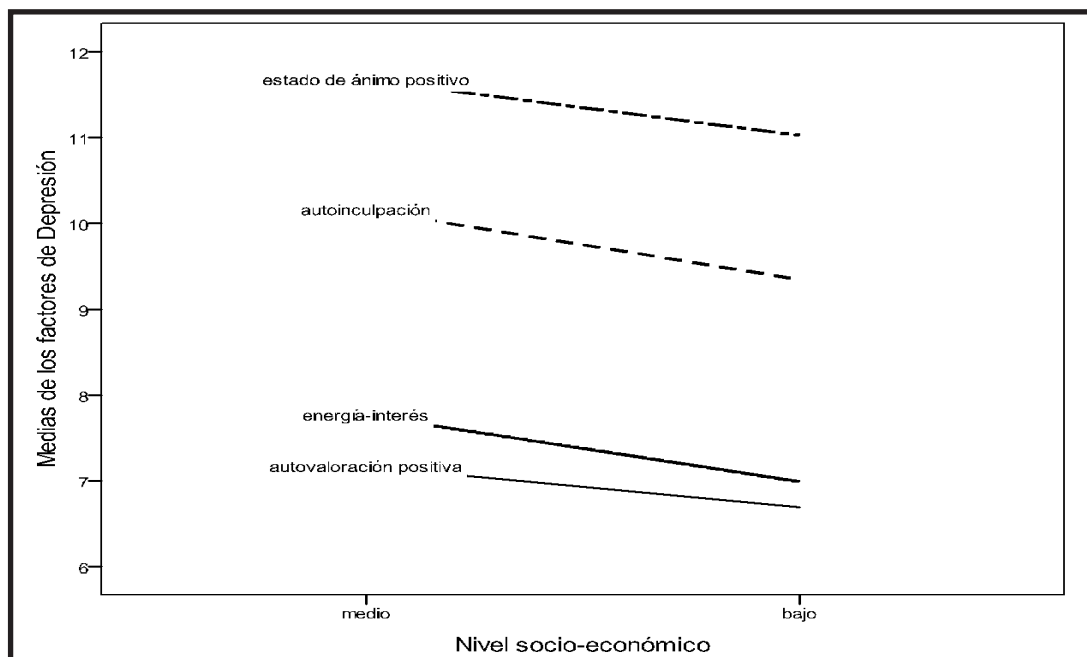


TABLA 1  
MANOVAS, MEDIAS, DESVÍOS ESTÁNDAR, CONTRASTES,  $F$  Y  $p$  DE FACTORES DE DEPRESIÓN, SEGÚN EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO BAJO, MEDIO Y ALTO

MOS-A Depresión	Alto $M_1$ $DE_1$		Medio $M_2$ $DE_2$		Bajo $M_3$ $DE_3$		Contrastes		
	$M_1$	$DE_1$	$M_2$	$DE_2$	$M_3$	$DE_3$	$F$ (2,146)	$p$	$M_1 - M_2$ $M_1 - M_3$ $M_2 - M_3$
Estado de ánimo positivo	12.60	2.44	11.74	2.26	10.59	2.48	9.05	.000	.215 .000 .065
Autovaloración positiva	7.56	1.85	6.96	1.40	6.39	1.96	5.62	.004	.246 .004 .294
Energía-interés	8.02	2.09	7.96	2.15	6.88	1.82	5.05	.008	.988 .019 .035
Autoinculpación	10.15	2.44	10.74	2.69	10.08	2.74	.906	.406	.546 .989 .466

TABLA 2  
MANOVAS, MEDIAS, DESVIACIÓN ESTÁNDAR,  $F$  Y  $p$  DE LOS FACTORES DE DEPRESIÓN Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Depresión NSE	Medio $M_1$ $DE_1$		Bajo $M_2$ $DE_2$		$F$ (2,146)		$p$
	$M_1$	$DE_1$	$M_2$	$DE_2$	$F$	$p$	
Estado de ánimo positivo	11.67	2.43	11.03	2.74	9.22	.003	
Autovaloración positiva	7.16	1.85	6.69	1.94	9.28	.002	
Energía-interés	7.76	1.95	6.99	2.05	21.81	.000	
Autoinculpación	10.16	2.45	9.35	2.72	14.43	.000	



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abello Llanos, R., Madariaga Orozco, C. & Hoyos de los Ríos, O. (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: Un estudio de casos en sectores de extrema pobreza [Social networks like mechanism of survival: A study of cases in sectors of extreme poverty]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29, 115-137.
- Abril, V. (1998). Apoyo social y depresión en poblaciones de alto riesgo [Social support and depression in populations of high risk]. *Revista de Psicología Social*, 13, 347-357.
- Acuña, L. & Bruner, C. (1999). Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, Bashm y Sarason en México [Constructs factorial of the Questionnaire of Social Support of Sarason, Levine, Bashm, and Sarason in Mexico]. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(2), 267-279.
- Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y resolución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental* [Coping, social support and solution of problems in university students. Experimental study]. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ahluwalia, I., Dodds, J. & Baligh, M. (1998). Social support and coping behaviors of low-income families experiencing food insufficiency in North Carolina. *Health Education & Behavior*, 25(5), 599-612.
- Alcalde, S., De la Viña, L. & Ladrón, E. (2002). Depresión infantil. Una investigación en la Provincia de Soria [Infantile depression. A study in the Province of Soria]. *Revista de la Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, 4(14), 31-34.
- American Psychiatric Association. (2005). *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association DSM-IV-TR* [APA diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR], (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- Barra, E., Cancino, V., Lagos, G., Leal, P. & San Martín, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes [Psychosocial factors and health problems reported by teenagers]. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* [Cognitive therapy of the depression]. Buenos Aires: Biblioteca de Psicología.
- Bermúdez, M. (1997). La autoestima como estrategia de prevención. En G. Buela - Casal, L. Fernández & J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* [Preventive psychology. Recent advances in technologies and programs of prevention], (pp. 37-46). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Blehar, M.D. & Oren, D.A. (1995). Women's increased vulnerability to mood disorders integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 3, 3-12.
- Cadore, R.J., Winokur, G., Langbehn, D., Troughton, E., Yates, W.R. & Stewart, M.A. (1996). Depression spectrum disease. I: The role of gene-environment interaction. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 892-899.
- Cohen, S. & Wills T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Costello, E.J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851-855.
- Daniels, K. & Guppy, A. (1997). Stressors, locus of control and social support as consequences

- of affective psychological wellbeing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(2), 156-174.
- Del Barrio, M., Mestre, M., Tur, A. & Samper, G. (2004). La depresión infanto juvenil: El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos [The depression in child and adolescent: The effect of the emotional, behavioral and sociodemographics factors]. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57, 5-20.
- Fleming, J.S. & Offord, M.D. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Ge, X., Conger, R. & Elder, G. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender difference in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37(3), 404-417.
- Gurung, R.A., Sarason, B. & Sarason, I. (1997). Personal characteristics, relationship quality and social support perceptions and behavior in young adult romantic relationship. *Personal Relationship*, 4, 319-339.
- Harter, S. & Nowakoski, M. (1987). *Dimensions of depression profile for children and adolescents*. University of Denver. Colorado.
- Hartlage, S., Alloy, L., Vázquez, C. & Dykman, B. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, 13, 247-278.
- Henly, J., Danziger, S. & Offer, S. (2005). The contribution of social support to the material well-being of low-income families. *Journal of Marriage and Family*, 67, 122-140.
- House, J.S. & Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Nueva York: Academic Press.
- Kaslow, N., Deering, C.G. & Ash, P. (1996). Relational diagnosis of child and adolescent depression. En F.W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis* (pp. 171-185). NY: Wiley.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, J., Waters, E. & Wang, P. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Latkin, C. & Curry, A. (2003). Stressful neighborhoods and depression: A prospective study of the impact of neighborhood disorder. *Journal of Health and Social Behavior*, 4(1), 34-44.
- Lemos, S. (1996). Evaluación psicológica de riesgos para la salud [Psychological evaluation of risks for the health]. En G. Buelacasa, V. Caballo & J. Sierra. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (Cap. 37). España: Siglo XXI.
- Lewinsohn P., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J. & Andrews J. (1993). Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM III disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W.M. (Eds.). (1986). *Social support, life events and depression*. Londres: Academic Press.
- Mantilla, L.F., Sabalza, L.P., Díaz, L.A. & Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de síntomas depresivos en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. [Prevalence of depressive symptoms in children and school girls of Bucaramanga, Colombia]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, 163-171.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. & Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive

- symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 10, 29-43.
- Matud, M.P., Ibáñez, I., Bethencourt, J.M., Marrero, R. & Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1919-1929.
- Narayan, D., Chambers, R., Shah, M. & Petesch, P. (2000). *Voces of the poor; crying out for change*. Estados Unidos: Oxford University Press.
- Orthner, D., Jones-Sanpei, H. & Williamson, S. (2004). The resilience and strenghs of low income families. *Family Relations*, 53(2), 159-167.
- Poznanski, E.O. & Mokros, H.B. (1994). Phenomenology and epidemiology of mood disorders in children and adolescents. En H. Johnston & W.M. Reynolds (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, (pp. 19-39). New York: Plenum.
- Richaud de Minzi, M.C., Sacchi, C. & Moreno, J. (2001). Versión Argentina de la Escala de Depresión de Harter y Nowakowski [Argentine version of the Scale of Depression of Harter and Nowakowski]. *Informe de avance del subsidio PICT 199904-06300 de la Agencia Nacional de Ciencia y Tecnología y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas*. Argentina.
- Rodriguez Espínola, S. (2009a). *Variables moderadoras de estrés postraumático en niños*. [Moderating variables of posttraumatic stress in children]. Tesis Doctoral no publicada. Pontificia Universidad Católica Argentina. Buenos Aires, Argentina.
- Rodriguez Espínola, S. (2009b). Percepción de eventos traumáticos por niños, en relación con su nivel socioeconómico [Perception of traumatic events for children, in relation with socioeconomic level]. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(3), 161-170.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Bashman, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Seiffge-Krenke, I. & Stemmler, M. (2003). Coping with everyday stress and links to medical and psychosocial adaptation in diabetic adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 33(3), 180-188.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Society Science Medicine*, 32, 705-712.

Centro Interdisciplinario de Investigaciones en  
Psicología Matemática y Experimental (CHIPME)  
Consejo Nacional de Investigaciones  
Científicas y Técnicas (CONICET)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
República Argentina

Fecha de recepción: 8 de septiembre de 2009  
Fecha de aceptación: 2 de diciembre de 2009

