

# Determinantes de la Salud Emocional en Niñas y Niños de Seis a Doce Años en la Zona Metropolitana de Monterrey.

Un Estudio Cuasi-Experimental

*Determinants of Emotional Health in Children Aged Six to Twelve Years in the Monterrey Metropolitan Area. A Quasi-Experimental Study*

---

JOSÉ DE JESÚS SALAZAR CANTÚ\* | MARÍA DE LA LUZ GARZA GALLARDO\*\*

---

## ► RESUMEN

Se realiza un análisis cuasi-experimental sobre niveles y determinantes de anormalidad en ansiedad, ira y depresión en niñas y niños de entre 6 y 12 años de edad, en la zona metropolitana de Monterrey, México. El propósito es distinguir las diferencias que el sexo, el subgrupo de edad o la condición de pobreza pudieran implicar en el diseño de un modelo de atención, que se aplica de manera homogénea entre estos subgrupos. Se detectan diferencias significativas según sexo, subgrupo de edad y condición de pobreza, sobre la salud emocional del infante.

**Palabras clave:** *Segunda infancia | Ira | Ansiedad | Depresión | Cuasi-experimental.*

## ► ABSTRACT

A quasi-experimental analysis is carried out on levels and determinants of abnormality in anxiety, anger and depression in girls and boys between 6 and 12 years of age, in the metropolitan area of Monterrey, Mexico. The purpose is to distinguish the differences that sex, age subgroup or poverty status could imply in the design of a care model, which is applied homogeneously among these subgroups. Significant differences were detected according to sex, age subgroup and poverty condition, on the emotional health of the infant.

\* Profesor-investigador del Tecnológico de Monterrey, Departamento de Economía. Correo electrónico: jsalazar@tec.mx

\*\* Psicóloga clínica del Hospital Central Militar. Correo electrónico: mluzgarza@gmail.com

Recibido: 3 de mayo de 2020 | Aceptado: 8 de julio de 2020

ISSN 2007-1205 | pp. 25-48

**Keywords:** *Childhood | Anger | Anxiety | Depression | Quasi-experimental.*

## INTRODUCCIÓN

La normalidad emocional en la primera y en la segunda infancia es base fundamental para el desarrollo personal en la juventud y la adultez del ser humano (Bowlby, 1969; Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez y Martínez-Vélez, 2002; Márquez-Caraveo, Arroyo-García, Granados-Rojas, Ángeles-Llerenas, 2017). Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez (2019) estiman un incremento importante y reciente en la prevalencia de síndromes y conductas que señalan niveles anormales de ira, ansiedad y depresión en infantes de 4 a 12 años de la Ciudad de México; estos autores señalan la necesidad de realizar estudios similares en otros entornos, con el fin de confirmar estas tendencias. El presente estudio sigue esta línea de investigación y reporta algunos hallazgos a partir de información correspondiente a un grupo de niños habitantes de la zona metropolitana de Monterrey (ZMM), México.

Se realiza un análisis descriptivo y explicativo de los resultados más importantes, derivados de la aplicación de test dirigidos a medir los niveles de ansiedad, depresión e ira en niños de 6 a 12 años, al momento de su entrada a un programa de acompañamiento estable, cuyo objetivo central es dar al infante la compañía adecuada, que lo lleve a obtener y/o mantener niveles normales en su perfil de salud emocional. Se prueba la incidencia de las variables sexo, subgrupo de edad y condición de pobreza sobre la prevalencia de anormalidad emocional en este grupo.

En la revisión bibliográfica sobre trabajo empírico para México en este campo de estudio, se encontraron las investigaciones de Caraveo-Anduaga *et al.* (2002) y Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez (2019), quienes calcularon la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en infantes de la Ciudad de México. Por su parte, no se encontró ningún documento empírico que analizara la prevalencia de ira, ansiedad y depresión en infantes de la ZMM, ni alguno que midiera los posibles determinantes de estos rasgos emocionales.

Los resultados principales de la presente investigación muestran que los niveles medios de anormalidad en los rasgos de ansiedad, depresión e ira en el grupo bajo estudio sobrepasan el 50%. Salvo algunas posibles variables explicativas que se comentarán en la sección de resultados, en general, se observa que el problema de anormalidad emocional se encuentra muy disseminado entre niñas y niños, entre el grupo de 6 a 8 de edad y el de 9 a 12 años, entre los que viven en condiciones de pobreza y los que no.

Graue (2018) llama *epidemia* al problema del sobrepeso y la obesidad en México y refiere que uno de cada tres niños y adolescentes padece alguno de estos trastornos. Ante los altos índices de anormalidad emocional encontrados por Caraveo-Anduaga *et al.* (2002) y Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez (2019) para niños en la Ciudad de México, y los reportados en el presente estudio para niños en la ZMM, podríamos también hablar de una epidemia, con el agravante de que ésta ha sido menos estudiada y, por ende, la política pública indispensable para su atención en México, en el caso particular del grupo en segunda infancia, hoy es prácticamente nula.

El resto del artículo se divide en cuatro partes. La inmediata siguiente aborda el marco teórico y la revisión bibliográfica sobre el fenómeno de estudio, la segunda expone los procedimientos de comprobación de las hipótesis de investigación, la tercera contiene los resultados y la cuarta concluye.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En este apartado se presenta la base conceptual acerca de los rasgos de ira, ansiedad y depresión en los niños, así como los resultados de algunos de los estudios empíricos sobre su fenomenología.

La supervivencia y el desarrollo del ser humano requieren de la satisfacción de ciertas necesidades que son insustituibles (Akhtar, 1999) y que en su infancia recibe a través de la relación con un cuidador. En esta relación, son cruciales la sensibilidad y la capacidad de respuesta del cuidador frente a las necesidades del niño. Si éstas son satisfechas, se logra una comunicación colaborativa y un apego seguro y saludable, el aumento de la comunicación, el intercambio de señales, la alineación de estados mentales y las expresiones internas mutuas para compartir e influir en nuevas interacciones. Este tipo de apego permite la reflexión y un funcionamiento integrado, facilitador de nuevos apegos seguros, es una experiencia vital para el niño y para las futuras generaciones (Siegel, 2015). La reflexión y la reflexividad son esenciales para el funcionamiento social y la autorregulación del vínculo niño-cuidador, ya que permiten el establecimiento de los vínculos seguros, la representación mental de las figuras significativas de las primeras experiencias del niño con personas, y el apego y su transmisión (Fonagy, 2008).

Los nexos humanos son indispensables para la supervivencia; por su parte, ninguna pauta de conducta se acompaña de sentimientos más fuertes que la conducta de apego. Los patrones de relación niño-cuidador en la primera infancia pueden apreciarse a lo largo de la vida como pautas similares regulares en el funcionamiento posterior, de tal manera que mientras mayor

es la inseguridad del vínculo primario con la madre, mayor es la inhibición del niño para desarrollar vínculos similares con otros (Bowlby, 1969). Las emociones de ansiedad, ira y depresión crónicas derivan en trastornos de ansiedad, de conducta (con posible psicopatía), y como trastorno depresivo (con posible suicidio).

Las emociones surgen de bases rudimentarias que originalmente son biológicas (Freud, 1926; Engel, 1962; Bowlby, 1969; Siegel, 2015) y a lo largo de un proceso asociado al desarrollo se convierten en psicológicas cuando el niño logra su representación mental (Engel, 1962). La emoción es un proceso integrativo que relaciona el mundo interno con el interpersonal en forma de estados de la mente. Como proceso central y organizador del cerebro y junto a patrones de interacción niño-cuidador, las emociones son patrones que se recuerdan en ciertas formas de memoria que van desarrollando el proceso representacional hasta que se logra dar sentido a la experiencia (Siegel, 2015). La ansiedad surge ante la amenaza de perder al cuidador principal; la ira, ante su separación; y la depresión, por la pérdida de esta importante figura (Bowlby, 1985), con el consecuente sentido de desamparo (Mahler, 1984). Estudios y observaciones de Piaget (1954), Schafer (1960), Spitz (1965) y Bowlby (1969, 1985), indican que estos procesos inician alrededor del tercer cuarto del primer año de vida y quedan bien establecidos antes del segundo año de edad. Las emociones primarias permiten al niño “sentirse sentido”, y junto a los procesos de excitación y a conexiones cerebrales, definen la forma en que la mente crea significados. Las emociones primarias (ansiedad, ira y depresión) contrastan con las emociones categóricas (tristeza, coraje, temor, sorpresa, alegría), que implican procesos más complejos y son centrales en el funcionamiento mental. Todas las emociones tienen una función en la fantasía y las relaciones humanas, en los procesos adaptativos y en el contexto cultural, y se observan en todas las culturas de todo el mundo, con un papel central en la vida individual y social (Siegel, 2015).

La llamada etapa de latencia (Freud, 1905, 1908, 1915; Sarnoff, 1971), o periodo escolar (Erikson, 1978), se caracteriza por la disminución de los impulsos y el empleo de algunas fuerzas, como la vergüenza, el disgusto y la moralidad. Bornstein (1951) la divide en dos fases: en la primera, que ocurre entre los 5½ y los 8 años de edad, cuando se inhibe la actividad masturbatoria, predomina la preocupación del niño consigo-mismo y se emplean la cognición y la realidad como defensa ante los impulsos; mientras que la segunda etapa —considerada de transición— ocurre entre los 9 y los 12 años y se caracteriza por el resurgimiento de los impulsos.

En cuanto a los rasgos particulares de ansiedad, ira y depresión, la ansiedad es considerada como el afecto prototipo del displacer, como una reac-

ción ante el peligro de la ausencia de la madre como satisfactor de necesidades (Freud, 1926; Engel, 1962). Surge al inicio del desarrollo, como una parte de la impotencia biológica del niño, mientras que la respuesta frente a la pérdida del objeto ocurre más tarde en el desarrollo y, con frecuencia, concluye en forma de pena y duelo (Engel, 1962). Los primeros apegos ocurren en forma de cercanía física asociada a sensaciones e información sobre el peligro, estimulando la experiencia interna de protección segura o insegura, que se asocia con los sentimientos de miedo y ansiedad propios del apego inseguro y con el riesgo de patología (Siegel, 2015). Sin embargo, otros autores (Chavira, Stein, Bailey y Stein, 2004) consideran que la ansiedad y la depresión son inseparables.

Las niñas son más propensas a estados de ánimo depresivos (Malher, 1984) y sus conductas de internalización parecen asociadas a la inhibición de la agresión que les impone la cultura como parte del rol de género femenino (Stoller, 1976; Kleeman, 1976; Harris, 1997; Bleichmar, 2000).

En la literatura dedicada a la comprobación de este cuerpo teórico, los conceptos clásicos de Freud (1905), Erickson (1959), Bowlby (1969, 1985) y Fonagy (1996) continúan siendo los puntos de partida dominantes para entender las características del desarrollo normal en los niños. En la literatura internacional, se encontraron diversos trabajos clínicos y de investigación dirigidos a entender aspectos particulares del desarrollo y la conformación de intervenciones terapéuticas; otros son estudios psicobiológicos y desde la perspectiva del psicoanálisis, dirigidos a evaluar las consecuencias de las emociones infantiles en el cerebro (Beijers, Rikson-Walraven y De Weerth, 2013); los significados de las emociones infantiles (Ekman, Friesen y Ellswort, 1972); o que versan sobre la comunicación de las emociones infantiles (Tronick y Giano, 1986); la interpretación de los adultos sobre las expresiones emocionales de los infantes (Emde, Izard, Huebner *et al.*, 1985; Zahn-Waxler y Wagner, 1993); o sobre el apego (Weinfield, Whaley e Egeland, 2004); y sobre la relación entre salud mental y estilos de paternidad (Research Digest, 2018; Ryan, O'Farrelly y Ramchandani, 2017).

Brenner (2019) examina las condiciones de salud mental de niños y adolescentes en los Estados Unidos, igualmente estima los costos medios derivados de la atención de ciertos padecimientos comunes. En el contexto de Latinoamérica, Mantilla-Mendoza, Sabalza-Peinado, Díaz-Martínez *et al.* (2004) realizan un estudio descriptivo de corte transversal que evalúa síntomas depresivos en escolares de entre 8 y 15 años de edad en Colombia, evaluados mediante un instrumento de auto-informe de síntomas (*Children Depression Inventory*, CDI-S), que tomó una muestra al azar de 248 estudiantes, estratificada por género y escuela (pública y privada); se realizaron pruebas de

asociación, Chi-cuadrada, resultando que el 9.2% (13 niñas y 9 varones) (19 de institución oficial y 3 de la privada) presentaron sintomatología sugestiva de un episodio depresivo mayor (ic 95%, 5.5-12.9), encontrando diferencias por edad (mayor a los 11 años) y por estrato socioeconómico (mayor en el estrato bajo). Se afirma que al menos uno de cada diez niños y niñas escolares presenta síntomas depresivos de relevancia clínica.

También para Colombia, Vinaccia, Gaviria, Atehortúa *et al.* (2006) emplean una muestra de 768 niños (49.3% hombres y 50.7% mujeres) escolarizados de 8 a 12 años de edad, a quienes aplican el test CDI-S, resultando una prevalencia de 25.2% en anormalidad de depresión, la cual se dio mayormente en los varones. En las niñas, a partir de los 12 años de edad aumenta la posibilidad de síntomas depresivos.

El escaso estudio de las emociones de los niños en México da señales que apuntan a la necesidad de mayor investigación ante lo que parece un problema creciente. En un estudio realizado en la Ciudad de México, Caraveo-Anduaga *et al.* (2002) encontraron que 51.4% de los menores de entre 4 y 16 años presentaron algún síntoma de problema mental. De acuerdo con su investigación, sólo el 13% de los padres buscaron ayuda profesional para atender la problemática de sus menores. Más recientemente, Caraveo-Anduaga *et al.* (2019) reportaron en una segunda investigación con grupos de niños del mismo rango de edades, pero separados por cuatro distintos escenarios, que existe un incremento notable en la prevalencia de síndromes de conducta opositorista, conducta explosiva, déficit de atención e hiperactividad. Estos mismos autores indican que sería importante revisar los niveles de anormalidad emocional en otras latitudes de México.

La necesidad de más investigación no sólo responde a la posibilidad de una creciente prevalencia de anormalidad emocional, sino a cuestionamientos que emergen sobre sus posibles determinantes, como el género y la ubicación geográfica. Respecto al género, Couoh, Góngora, García *et al.* (2015) encontraron en un estudio realizado en la ciudad de Mérida que las niñas presentan niveles más altos de ansiedad, mientras la investigación realizada por Sánchez, Andrade y Gómez (2019) en la Ciudad de México, concluye que no existen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad total entre niños y niñas.

No se encontraron trabajos realizados sobre el fenómeno de la salud emocional de los niños residentes en la ZMM, ni análisis que buscaran encontrar los determinantes de la misma.

De este marco teórico y revisión bibliográfica se derivaron tres aspectos a revisar en el presente estudio, por un lado, la posible explicación del estado emocional del infante, determinado por: 1) pertenecer al grupo de 6

a 8 años vs. el de 9 a 12, primera y segunda etapas de la latencia, respectivamente; 2) ser niña o niño; y 3) vivir en un hogar pobre o no pobre, condición que influye en el estado del contexto físico, la propia situación del cuidador y su disponibilidad de tiempo para cuidar al infante. A continuación, se expone la metodología del presente estudio.

## METODOLOGÍA

Las hipótesis nulas de la presente investigación establecen que el sexo, el subgrupo de edad o la condición de pobreza no influyen en los puntajes obtenidos por infantes de entre 6 y 12 años, en pruebas de ansiedad (CMAS-R2), depresión (CDS) e ira (STAXI-NA), rasgos básicos de la salud emocional, que constituyen las variables de interés en el presente estudio.

Para probar estas hipótesis, se plantea un diseño cuasi-experimental, que utilizan los métodos de análisis de varianza (ANOVA y MANOVA) y de pareo (*propensity score matching*), tomando a las variables de: sexo, subgrupo de edad y condición de pobreza como los tratamientos, creando perfiles de pareo mediante el método probit, y considerando como variables indicativas del perfil aquellas que resultaron significativas en un análisis de correlación parcial entre las variables objetivo y las concomitantes (explicativas).

Como señala Clark (2004, v): “En general, el pareo es un método comúnmente utilizado para equilibrar las distribuciones de grupos de control y tratamiento no aleatorizados en cuasi-experimentos, independientemente de si los pareos se hacen a partir de variables únicas, varias variables o en puntajes de propensión”.<sup>1</sup>

El presente estudio versa sobre un grupo no aleatorizado, compuesto de niñas y niños que ingresan, por voluntad de sus padres o tutores, a un programa de acompañamiento estable.

Las variables de tratamiento fueron sexo (niña = 1; niño = 0), subgrupo de edad (entre los 9 y 12 años = 1; entre los 6 y 8 años = 0) y condición de pobreza (pobre = 1; no pobre = 0). Si bien el sexo y la edad no son manipulables, como suelen ser las variables de tratamiento en el diseño experimental de efectos de alguna intervención, en el presente estudio fungen como tratamientos, junto con la condición de pobreza, esta última manipulable. La selección de estas variables se desprende de las propuestas teóricas de Bornstein (1951), Malher (1984), Stoller (1976), Kleeman (1976), Harris (1997), Bleichmar (2000), Freud (1926), Engel (1962) y Siegel (2015), como posibles

<sup>1</sup> Traducción propia.

determinantes del estado de salud emocional y de la propia inquietud de las autoridades de la institución que ofrece el programa de acompañamiento estable al grupo bajo estudio.

Las variables concomitantes, referentes al perfil de los niños, sus familias y contextos, corresponden a: 1) el tipo de familia del que forman parte (cinco posibilidades); 2) quién es su cuidador principal (siete posibilidades); 3) percepción de los padres sobre el comportamiento de sus hijos y de sus propios estilos de crianza (seis variables); 4) grupo de atención en el que se inscribió el niño (10 grupos en diversos planteles de la institución, ubicados en la ZMM); y 5) nivel socioeconómico (12 indicadores) (ver listado en el anexo).

La información base del presente estudio proviene de los datos recabados directamente de los 553 infantes a quienes se aplicó el test de ansiedad y 327 a quienes se aplicaron los de ira y depresión, todos ellos dentro del grupo de edad de entre 6 y 12 años, y que fueron inscritos entre mayo de 2014 y diciembre de 2016 en un programa de acompañamiento estable, que los atiende en horario extra escolar y cuyos padres, además de llenar personalmente un cuestionario sobre información del contexto en el cual habita su familia, firmaron una carta de consentimiento informado, otorgando su permiso para la aplicación a sus hijos de los test de ansiedad, ira y depresión.

La aplicación de los test se llevó a cabo en las instalaciones donde se imparte el programa, ubicadas en la ZMM, México, bajo la supervisión de personal especializado del área de psicología de la institución que ofrece este programa.

## RESULTADOS

### Estadística descriptiva

Considerando las líneas de pobreza y pobreza alimentaria calculadas para México por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), correspondientes a agosto de 2015, punto intermedio del periodo de observación y los ingresos reportados por los padres de familia del grupo de estudio, se observó que el 34% de los hogares de los niños inscritos en el programa viven en la denominada pobreza de ingresos, y el 35%, en la pobreza alimentaria, también denominada extrema; el restante 31% no exhiben condición de pobreza de ingresos. La mediana del ingreso mensual por persona de los integrantes de las familias bajo estudio fue de \$1,850 pesos; la media de ingreso total semanal en los hogares en alguno de los niveles



de pobreza fue de \$1,720 pesos, y la de los no pobres fue de \$6,658 pesos. Las colonias donde viven las familias inscritas en el programa se encuentran principalmente en la periferia de la ZMM, 28% de ellas viven en condiciones de hacinamiento (viviendas con promedio mayor a 2.5 personas por dormitorio). El número de infantes bajo estudio fue de 553, de los cuales, 245 fueron niñas y 308 niños.

El cuadro 1 muestra algunas estadísticas descriptivas de las variables objetivo. En seis de las siete variables consideradas, la presencia de anormalidad es mayor al 50%, yendo desde un mínimo de 44.8% en el total de positivos (ptp), indicador del estado de depresión, hasta un máximo de 87.2% en la variable de defensividad (tdef), referente al rasgo de ansiedad. En cinco de los siete indicadores de interés, los puntajes de anormalidad se encuentran en el nivel alto de la distribución.

## CUADRO 1

Estadística descriptiva de las variables objetivo del estudio

Variable objetivo de medición	Rango normal	Puntaje medio	Casos puntaje anormal alto	Casos puntaje anormal bajo	Casos normales	Porcentaje de casos normales	Total de casos	Obs. perdidas
Ansiedad: defensividad (tdef)	41 a 60	57.9	172	297	69	12.8	553	15
Depresión: total positivos (ptp)	20 a 80	44.7	90	55	179	55.2	327	3
Depresión: total depresivos (ptd)	20 a 80	38.2	126	51	147	45.4	327	3
Ira: expresión externa (eextc)	25 a 75	56.0	122	79	125	38.3	327	1
Ira: expresión interna (eintc)	25 a 75	35.3	73	113	140	42.9	327	1
Ira: control total (ctotc)	25 a 75	37.1	144	43	139	42.6	327	1
Ira: rasgo total (irtc)	25 a 75	41.1	150	48	128	39.3	327	1

Fuente: Elaboración propia, empleando la aplicación STATA 13.0.

## Análisis de varianza y de efectos de tratamiento

Para probar la posible diferencia que producirían las variables de sexo, el subgrupo de edad o la condición de pobreza en las variables de ansiedad, depresión e ira, se realizó un análisis de varianza (ANOVA y MANOVA). El resumen de resultados aparece en los cuadros 2, 3 y 4.

En el cuadro 2, puede observarse que, en el caso de la variable de sexo, pertenecer al grupo de niñas o niños se traduce en una diferencia en el puntaje y/o nivel de normalidad de las variables objetivo en los casos de la expresión externa de ira y la expresión interna de ira, ambas en su versión de variable binaria (normal = 1, no normal = 0), indicando que los niños tienen una probabilidad estadísticamente mayor de normalidad que las niñas en la expresión externa, y las niñas en la interna.

## CUADRO 2

Contraste de medias de ansiedad, depresión e ira, según sexo, empleando ANOVA

Variable dependiente	Medias y número de obs. en niños	Medias y número de obs. en niñas	Valor del estadístico F	p-valor	Resultado de la prueba
Ansiedad: defensividad (tdefdm)	29.55, 299	22.90, 239	14.18	0.001	Diferentes
Ansiedad: defensividad (tdefn)	8.03, 299	18.83, 239	14.18	0.001	Diferentes
Depresión: total positivos (ptpdm)	26.93, 182	26.47, 140	0.07	0.457	Igual*
Depresión: total positivos (ptpn)	54.40, 182	57.14, 140	0.24	0.624	Igual*
Depresión: total depresivos (ptddm)	30.82, 182	33.64, 140	1.22	0.270	Igual*
Depresión: total depresivos (ptdn)	50.00, 182	40.00, 140	3.20	0.072	Igual*
Ira: expresión externa (eextcdm)	26.88, 185	27.89, 141	0.44	0.507	Igual*
Ira: expresión externa (eextcn)	47.03, 185	27.08, 141	11.11	0.001	Diferentes*
Ira: expresión interna (eintcdm)	27.61, 185	28.38, 141	0.24	0.625	Igual
Ira: expresión interna (eintcn)	32.97, 185	45.39, 141	5.27	0.022	Diferentes*
Ira: control total (ctotcdm)	27.77, 184	29.14, 141	0.69	0.407	Igual*
Ira: control total (ctotcn)	46.20, 184	39.01, 141	1.68	0.200	Igual*
Ira: rasgo total (irtcdm)	27.97, 185	27.99, 142	0.01	0.990	Igual*
Ira: rasgo total (irtcn)	43.78, 185	41.13, 141	0.23	0.633	Igual*

\* Estos resultados se confirmaron al realizar la prueba  $\chi^2$  de Bartlett de varianzas homogéneas en los grupos de cada variable dependiente.

Fuente: Elaboración propia, empleando la aplicación STATA 13.0.

Al comparar las medias de las variables objetivo, según el subgrupo de edad, el resultado exhibe también dos diferencias. Los mayores (9 a 12 años) tienen una menor distancia a la media en el puntaje de la variable de ansiedad (defensividad —ptdefdm—), mientras que el grupo de menores (6 a 8 años) muestra una probabilidad estadísticamente mayor de normalidad en el rasgo de depresión (total depresivos —ptdn—); en esta segunda prueba el grupo de menores consistió principalmente de niños de 8 años.

## CUADRO 3

Contraste de medias de ansiedad, depresión e ira, según subgrupo de edad, empleando ANOVA

Variable dependiente	Medias y número de obs. gpo. de 6 a 8 años	Medias y número de obs. gpo. de 9 a 12 años	Valor del estadístico F	p-valor	Resultado de la prueba
Ansiedad: defensividad (tdefdm)	28.20, 307	24.47, 231	8.41	0.004	Diferentes*
Ansiedad: defensividad (tdefn)	10.10, 307	26.54, 231	4.78	0.029	Diferentes
Depresión: total positivos (ptpdm)	27.24, 89	26.54, 233	0.13	0.722	Iguals*
Depresión: total positivos (ptpn)	56.18, 89	55.36, 233	0.02	0.896	Iguals*
Depresión: total depresivos (ptddm)	29.53, 89	36.41, 233	2.51	0.114	Iguals*
Depresión: total depresivos (ptdn)	56.18, 89	41.63, 233	5.55	0.019	Diferentes*
Ira: expresión externa (eextcdm)	28.38, 90	26.92, 236	0.77	0.381	Iguals*
Ira: expresión externa (eextcn)	35.56, 90	40.68, 236	0.71	0.399	Iguals*
Ira: expresión interna (eintcdm)	29.04, 90	27.53, 236	0.76	0.383	Iguals*
Ira: expresión interna (eintcn)	36.67, 90	38.98, 236	0.15	0.720	Iguals*
Ira: control total (ctotcdm)	28.76, 90	28.21, 235	0.09	0.768	Iguals*
Ira: control total (ctotcn)	40.00, 90	44.26, 235	0.48	0.490	Iguals*
Ira: rasgo total (irtcdm)	28.20, 90	27.90, 236	0.03	0.858	Iguals*
Ira: rasgo total (irtcn)	41.11, 90	43.22, 236	0.12	0.732	Iguals*

\* Estos resultados se confirmaron al realizar la prueba  $\chi^2$  de Bartlett de varianzas homogéneas en los grupos de cada variable dependiente.

Fuente: Elaboración propia, empleando la aplicación STATA 13.0.

En el cuadro 4, al comparar los grupos según su condición de pobreza, los resultados reportan diferencias en el indicador de depresión: total positivos, tanto al considerarlo en su distancia a la media del rango de esta prueba (ptpdm), como en el de proporción de normalidad en la misma (ptpn), donde el grupo en pobreza obtuvo puntajes más alejados de la media y una menor tasa de normalidad.

¿Las diferencias encontradas mediante el análisis ANOVA son suficientes para decir que el sexo, el grupo de edad o la condición de pobreza hacen una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de estudio para incidir en la salud emocional del infante? Para contestar esta pregunta, se procedió al análisis multivariado de la varianza (MANOVA). Esta estimación considera el perfil emocional como un todo, vectores de las siete variables de interés, tanto en su versión de distancia a la media como de normalidad, agrupando las observaciones según: sexo, subgrupo de edad y condición de pobreza.

## CUADRO 4

Contraste de medias de ansiedad, depresión e ira, según condición de pobreza, empleando ANOVA

Variable dependiente	Medias y número de obs. gpo. de infantes que viven en hogares en pobreza	Medias y número de obs. gpo. de infantes que viven en hogares sin pobreza	Valor del estadístico F	p-valor	Resultado de la prueba
Ansiedad: defensividad (ptdefdm)	26.69, 302	25.93, 137	0.24	0.627	Igual*
Ansiedad: defensividad (ptdefn)	13.25, 302	12.41, 137	0.06	0.810	Igual*
Depresión: total positivos (ptpdm)	28.23, 188	23.53, 81	5.15	0.011	Diferentes*
Depresión: total positivos (ptpn)	50.00, 188	60.67, 81	6.46	0.012	Diferentes*
Depresión: total depresivos (ptddm)	31.16, 188	33.09, 81	0.97	0.327	Igual*
Depresión: total depresivos (ptdn)	47.34, 188	40.74, 81	0.99	0.320	Igual*
Ira: expresión externa (eextcdm)	27.66, 190	26.96, 81	0.15	0.703	Igual*
Ira: expresión externa (eextcn)	38.95, 190	40.74, 81	0.08	0.783	Igual*
Ira: expresión interna (eintcdm)	28.03, 190	27.10, 81	0.26	0.667	Igual*
Ira: expresión interna (eintcn)	37.94, 190	41.98, 81	0.39	0.530	Igual*
Ira: control total (ctotcdm)	28.78, 189	28.23, 81	0.08	0.783	Igual*
Ira: control total (ctotcn)	40.74, 189	45.68, 81	0.56	0.453	Igual*
Ira: rasgo total (irtcdm)	27.88, 190	28.33, 81	0.06	0.800	Igual*
Ira: rasgo total (irtcn)	44.21, 190	40.74, 81	0.28	0.599	Igual*

\* Estos resultados se confirmaron al realizar la prueba  $\chi^2$  de Bartlett de varianzas homogéneas en los grupos de cada variable dependiente. Sólo en el caso de ptpdm fue no concluyente.

Fuente: Elaboración propia, empleando la aplicación STATA 13.0.

Al realizar la prueba multivariada lambda de Wilks, de similitud de perfiles de salud emocional, agrupando por sexo, subgrupo de edad o condición de pobreza, en el primer caso, al probar si el vector de medias de las variables de interés es igual entre niños y niñas, el resultado para las medias del puntaje de distancia a la media fue:  $F(7, 298) = 1.60$   $p = 0.1353 > 0.05 \Rightarrow$  no rechazar  $H_0$  de homogeneidad; y cuando se usó el vector con binarias de normalidad, se obtuvo:  $F(7, 298) = 4.36$   $p = 0.0001 < 0.05 \Rightarrow$  rechazar  $H_0$  de homogeneidad. Enseguida, al probar para el vector de medias contrastando ahora por subgrupo de edad menores (6 a 8 años) versus mayores (9 a 12 años), el resultado de puntaje de distancia a la media fue:  $F(7, 298) = 0.66$   $p = 0.7084 > 0.05 \Rightarrow$  no rechazar  $H_0$  de homogeneidad; mientras en el vector de medias de proporciones de normalidad, el resultado fue:  $F(7, 298) = 0.93$   $p = 0.4843 > 0.05 \Rightarrow$  no rechazar  $H_0$  de homogeneidad. Finalmente, al comparar

perfiles según condición de pobreza, en el vector de distancia a la media el resultado fue:  $F(7, 250) = 1.02$   $p = 0.4158 > 0.05 \Rightarrow$  no rechazar  $H_0$  de homogeneidad; mientras en el vector de medias de proporciones de normalidad fue:  $F(7, 298) = 1.33$   $p = 0.2358 > 0.05 \Rightarrow$  no rechazar  $H_0$  de homogeneidad.

En resumen, las diferencias encontradas en el análisis ANOVA parecen suficientes para decir que, al considerar el perfil emocional medio, formado por las siete variables de interés, el sexo sí influye en el perfil general de la salud emocional del infante, pero el subgrupo de edad y la condición de pobreza no.

El análisis de varianza supone que otras variables concomitantes, además de la de sexo, la del subgrupo de edad y la condición de pobreza, son iguales para los grupos bajo comparación y por ende no influyen en la variable de interés, es decir, los rasgos de ansiedad, depresión e ira. Para verificar el cumplimiento de este supuesto se hicieron comparaciones de medias con la prueba *t student*. En el caso de la variable de sexo, sólo una de las cuarenta variables concomitantes fue estadísticamente diferente (la proporción de niñas al cuidado de la madre es mayor a la de niños); pasando a los contrastes con la variable de subgrupo de edad, seis de las cuarenta fueron diferentes, tres de ellas referentes a las condiciones de la vivienda. Finalmente, para el caso de contraste de grupos en pobreza o sin ésta, hubo 13 variables diferentes de cuarenta, seis en el bloque de grupos de atención. Esta condición de posible heterogeneidad entre los grupos divididos entre pobres y no pobres demandará una mayor cautela al considerar los resultados de los efectos de la variable pobreza sobre las variables objetivo.

Con el fin de incluir también la posible influencia de las variables concomitantes en el resultado de similitud o diferencia según sexo, subgrupo de edad o condición de pobreza, se estimaron efectos de tratamiento por medio de la técnica de pareo (*propensity score matching*). Este análisis permitirá confirmar la presencia de alguna diferencia significativa, controlando para otras posibles variables influyentes sobre las de interés y estimar la dimensión de dicha diferencia, causada por las variables de sexo, subgrupo de edad o condición de pobreza. Una importante ventaja de esta técnica es que, para realizar la comparación de medias, considera las diferencias entre los pares más parecidos de ambos grupos; en particular, en este estudio se empleó el método de pareo con el vecino más cercano, considerando una similitud estadísticamente significativa con  $\alpha$  de 0.05, asegurando, mediante la prueba de Bartlett, que los grupos bajo contraste tuvieran igual varianza. En este sentido, Clark (2004) señala que el éxito del pareo, en términos de reducir la probabilidad de sesgo por selección, es precisamente que deja fuera del análisis las observaciones que no alcanzaron un pareo significativo, algo que suele no controlarse al usar métodos tradicionales de estimación de efectos de tratamiento, mediante regresión lineal.

La estimación de pareo requiere conocer las variables que, sin ser las de tratamiento, también pudieran estar influyendo en los niveles y/o proporciones de las variables objetivo. Con el fin de conocer estas variables, se calcularon los coeficientes de correlación parcial entre las variables objetivo y las concomitantes. Las medidas utilizadas en las variables objetivo fueron de dos tipos: la distancia a la media del puntaje obtenido en el test y la binaria de puntaje que indica normalidad (1) o no normalidad (0). Teniendo así un total de 14 variables objetivo o de interés y cuarenta variables concomitantes.

La matriz de coeficientes de correlación parcial, que se formó entre las variables objetivo y las concomitantes, fue calculada en cinco versiones: 1) El grupo de niñas (n = 245); 2) el grupo de niños (n = 308); 3) el grupo con edad de 6 a 8 años (n = 315, de los cuales: 154 mujeres y 161 hombres); 4) el grupo con edad de 9 a 12 años (n = 238, de los cuales: 91 mujeres y 147 hombres); y 5) todas las observaciones.

En general, se encontraron 132 coeficientes estadísticamente significativos de correlación en un total de 2,800 posibles. Los valores exhibieron una correlación de moderada a baja, en el rango de [-0.2861 a -0.1047; y de 0.1125 a 0.2792]. Dadas las dimensiones de estas matrices, no se incluyeron en el presente documento, pero pueden solicitarse al autor de contacto, según el interés del lector. Los rangos de valores de los coeficientes de correlación, en valor absoluto, son mayores a 0.1, lo cual, de acuerdo a Bai y Clark (2019), es suficiente para indicar que la variable concomitante covaría significativamente con la variable dependiente, y entonces puede usarse en la estimación *logit* o *probit* de los *scores* de emparejamiento, en el procedimiento de estimación de efectos por pareo.

El análisis de correlación dio pie a la comprobación de los llamados efectos de tratamiento, mediante la comparación de grupos similares. En este caso el tratamiento no es una intervención externa, sino una condición de sexo, subgrupo de edad o pobreza, donde se prueba si cada una de estas variables lleva a una respuesta diferente en las variables objetivo del estudio, al comparar grupos más semejantes (pareados) según el perfil de variables concomitantes que inciden sobre la variable objetivo, formadas precisamente por aquellas que resultaron significativamente relacionadas en las pruebas de correlación parcial.

Los resultados de las estimaciones por pareo aparecen en los cuadros 5 y 6, y corresponden únicamente a los efectos de las variables sexo y subgrupo de edad, ya que las estimaciones bajo el tratamiento de condición de pobreza no arrojaron ningún efecto estadísticamente significativo, incluso cuando se probó con la condición de pobreza extrema.

## CUADRO 5

Resumen de resultados de la estimación del efecto de la variable sexo, empleando el método de pareo

Variable dependiente*	Variable(s) de control	Efecto de tratamiento	Interpretación	Número de obs.
Ansiedad (tdefdm)	edad	-6.87***	Ser niña reduce en 6.87 puntos la distancia a la media	538
Ansiedad (tdefn)	edad, cuim, ss	0.1234***	Ser niña aumenta 12.34% la probabilidad de normalidad	404
Depresión (ptdn)	ira, ade, adr	-0.1504**	Ser niña reduce 15.04% la probabilidad de normalidad	297
Ira (eextcn)	famn, te	-0.1688***	Ser niña reduce 16.88% la probabilidad de normalidad	270
Ira (eintcn)	cuip	0.1211**	Ser niña aumenta 12.11% la probabilidad de normalidad	292

\*Las variables de interés no incluidas en el presente cuadro no tuvieron correlación parcial significativa con ninguna de las variables concomitantes (ptpdm, ptddm, eextcdm, eintcdm, ctotcdm, irtcdm) o, aun teniéndola, no arrojaron efectos estadísticamente significativos (ptpn, ctotcn, irtcn).

\*\*\*, \*\*, \*: Estadísticamente significativos con  $\alpha = 0.01, 0.05$  y  $0.1$ , respectivamente.

Fuente: Elaboración propia, empleando la aplicación STATA 13.0.

## CUADRO 6

Resumen de resultados de la estimación del efecto de la variable subgrupo de edad, empleando el método de pareo

Variable dependiente*	Variable(s) de control	Efecto de tratamiento	Interpretación	Número de obs.
Ansiedad (tdefdm)	sexo	-4.33***	En el grupo de menor edad se reduce 4.44 puntos la distancia a la media	538
Ansiedad (tdefn)	sexo	0.075**	En el grupo de mayor edad aumenta 7.5% la probabilidad de normalidad	538
Depresión (ptdn)	ira, ade, adr	-0.1327***	En el grupo de mayor edad se reduce 13.27% la probabilidad de normalidad	297

\*Las variables de interés no incluidas en el presente cuadro no tuvieron correlación parcial significativa con ninguna de las variables concomitantes (ptpdm, ptddm, eextcdm, eintcdm, ctotcdm, irtcdm) o, aun teniéndola, no arrojaron efectos estadísticamente significativos (ptpn, ptdn, eextcn, eintcn, ctotcn, irtcn).

\*\*\*, \*\*, \*: Estadísticamente significativos con  $\alpha = 0.01, 0.05$  y  $0.1$ , respectivamente.

Fuente: Elaboración propia, empleando la aplicación STATA 13.0.

El análisis de efectos de tratamiento hace ver que el sexo y el subgrupo de edad inciden en algunos de los rasgos de salud emocional. Por su parte, la condición de pobreza o pobreza extrema no representa un factor diferencial

en la salud emocional de niñas y niños entre los 6 y 12 años de edad. A continuación, se presentan las conclusiones e implicaciones del presente estudio.

## CONCLUSIONES

Se probó la incidencia del sexo, el subgrupo de edad y la condición de pobreza como posibles determinantes de los niveles de ansiedad, depresión e ira, en un grupo de 553 infantes para el rasgo de ansiedad y de 327 para los rasgos de depresión e ira, en su momento de entrada a un programa de acompañamiento estable, en Monterrey, México.

La prevalencia media de anormalidad emocional encontrada, medida a través de las pruebas de ansiedad (CMAS-R2), depresión (CDS) e ira (STAXI-NA), fue, en general, mayor al 50 por ciento.

En personas de entre 6 y 12 años de edad, ser niña, en comparación a ser niño, aumenta la probabilidad de normalidad en el rasgo de ansiedad; reduce la probabilidad de normalidad depresiva y de expresión externa de la ira; mientras aumenta la probabilidad de ser normal en la expresión interna de ira. Se reconoce que las niñas pueden tener un mejor manejo de la ansiedad, pero también una mayor disposición a la depresión, ya que la expresión de la ira provoca sentimientos de culpa que la favorecen (Spielberger, 2009). El género, que marca una división asimétrica de los rasgos y capacidades para el hombre y la mujer, establece una división que incluye de manera importante la expresión de la ira por parte de unos y otras. Ya desde principios del siglo pasado (Freud, 1931) se reconoce la influencia de la constitución biológica y de las demandas sociales sobre la expresión de la agresión, que ordenan a la mujer “sofocar su agresión”, y así favorecen la expresión de la ira hacia adentro (contra sí misma), de manera que las niñas, desde muy pequeñas, aceptan esas prohibiciones e inhiben las expresiones que no son aceptadas por su familia o por su grupo social, y entonces orientan su agresión hacia adentro (Stoller, 1976; Kleeman, 1976; Bernstein, 1983; Harris, 1997; Bleichmar, 2000; Levinton, 2000). Esta división ha estado presente a lo largo de la humanidad, se expresa en roles e ideales de lo definido como masculino o femenino, y es transmitida a través de la familia (Kaplan, 1996).

Pertenecer al subgrupo de 9 a 12 años, en comparación con el de 6 a 8 años, aumenta la probabilidad de normalidad en el rasgo de ansiedad y la reduce en el rasgo de depresión, sin exhibir diferencia entre grupos en la variable de ira. En este sentido, el proceso de crecimiento promueve experiencias generadoras de ansiedad que pueden estar asociadas con el temor al rechazo, o a ciertas experiencias familiares o escolares estresantes. Los niños



de menor edad deben renunciar a su condición infantil y a las fantasías infantiles para lograr un mayor sentido de realidad. Además, desarrollan mayores exigencias internas relacionadas con nuevas responsabilidades e ideales, y deben enfrentar nuevas exigencias externas de parte de los otros niños, de sus padres, maestros y de las figuras de autoridad. Las circunstancias que rodean estas experiencias pueden convertirse en fuente de ansiedad y depresión.

Si bien la condición de pobreza produjo algunos resultados diferenciales en el análisis de varianza, éstos no fueron confirmados al controlar por variables correlacionadas. Así, el estado emocional en el grupo de estudio no se vio influido por esta condición de ingresos. Es posible que las condiciones de pobreza de estas familias no comprometan seriamente ciertas necesidades básicas (como la alimentación o la vivienda), que ordinariamente son fuente de serios problemas que producen ansiedad. Este dato nos lleva a reconocer que las necesidades de los niños van mucho más allá de las necesidades materiales, por lo que sería muy interesante realizar un estudio con una muestra de población más amplia, que incluya una muestra mayor de hogares, de tal manera que se pueda hacer una división mayor de los estratos socioeconómicos, para validar esta hipótesis.

Hasta donde llegó la revisión bibliográfica realizada en torno a la presente investigación, se encontró poca evidencia sobre el estado de salud emocional entre niños en segunda infancia en México. En este estudio se encuentra lo que podría considerarse una alta prevalencia de anormalidad emocional en este grupo de infantes, por encima de la reportada para niños de la Ciudad de México por Caraveo-Anduaga *et al.* (2002) y Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez (2019). Igualmente, se aportan algunas de las posibles diferencias que presentan subgrupos hacia dentro del grupo en segunda infancia, tales como son el sexo y los subgrupos de edad. También resulta importante el hallazgo de la no relación del estrato social como determinante del perfil emocional del infante. La alta prevalencia de anormalidad se está dando por igual en los niveles económicos de los hogares considerados en el presente estudio: pobreza alimentaria, pobreza y no pobreza. En este sentido, proponemos realizar una investigación que estudie las emociones durante la segunda infancia, que permita identificar las condiciones de salud mental de los niños y anticipar problemas como deserción escolar o tendencia a desarrollar patologías graves, como adicciones y trastornos graves de personalidad, los que finalmente se convierten en problemas sociales.

Estudios posteriores en este campo se verían robustecidos al partir de diseños experimentales, con muestras aleatorias, algo que hoy se ve difícil ante la poca o nula medición sistemática y la difusión de datos sobre los rasgos de la salud emocional en México. Sería de gran valor un estudio de los esti-

los de apego niño-cuidador (Bowlby, 1969, 1985), que pudiera identificar las condiciones de bienestar del niño y de su entorno, así como las limitaciones de los cuidadores, con la intención de realizar intervenciones preventivas, ya que un vínculo de apego seguro permite a los padres o cuidadores identificar y gratificar suficientemente bien las necesidades de los niños, facilitando experiencias con predominio de sensaciones de bienestar y capacidad reflexiva, y favoreciendo la regulación afectiva, un elemento indispensable para la salud mental individual, familiar y social.

## ANEXO

Codificación		
Clasificación	Significado	
Generales	FOLIO	Código para identificar beneficiario
	1a Aplicación	Fecha de aplicación de pruebas inicial
	2a Aplicación	Fecha de aplicación de pruebas posterior
	Meses brecha	Meses transcurridos entre la prueba inicial y la prueba posterior
	NOMBRE	Nombre del beneficiario
	ASISTENCIAS	Cantidad de asistencias entre ambas aplicaciones de la prueba
	EDAD	Edad del beneficiario
	SEXO	Sexo del beneficiario
Prueba Ansiedad. (Media de 50. Rango normal entre 19 y 84)	TDEF	Defensividad
	TTOT	Ansiedad total
	TFIS	Ansiedad fisiológica
	TINQ	Inquietud
	TSOC	Ansiedad social

Prueba Depresión (Media de 50. Rango normal entre 16 y 84)	PAA	Ánimo-alegría
	PARA	Respuesta afectiva
	PPS	Problemas sociales
	PAE	Autoestima
	PPM	Preocupación muerte-salud
	PSC	Sentimiento de culpa
	PDV	Depresivos varios
	PPV	Positivos varios
	PTP	Total positivos (compuesto por PAA y PTV)
	PTD	Total depresivos (compuesto por PARA, PPS, PAE, PPM, PSC, PDV)
Prueba Ira (1 y 2 normal, 3 y 4 fuera de rango)	IET C	Ira estado total (compuesto por SENT C y EXFV C)
	SENT C	Sentimiento de ira
	EXFV C	Expresión física y verbal de la ira
Prueba Ira (Media de 50. Rango normal entre 19 y 84)	IRT C	Ira rasgo total (compuesto por TEM C y REA C)
	TEM C	Temperamento
	REA C	Reacción de ira
	E EXT C	Expresión externa de ira
	E INT C	Expresión interna de ira
	C EXT C	Control externo de ira
	C INT C	Control interno de ira
C TOT C	Control total de ira	

Encuesta Parental. (Escala de 1-10, donde 10 es el polo positivo y 1 el polo negativo)	FAM	Tipo de familia (1. Nuclear; 2. Reconstruida; 3. Extensa; 4. Abuelos; 5. Soltero)
	CUI	Cuidador principal (1. Ambos; 2. Padre; 3. Madre; 4. Abuelos; 5. Otros)
	SNF	Promedio de preguntas relacionadas a la satisfacción de necesidades físicas
	IRA	Promedio de preguntas relacionadas al sentido de identidad, reconocimiento y afirmación
	LII	Promedio de preguntas relacionadas a la presencia de límites intrapersonales e intrapsíquicos
	CCE	Promedio de preguntas relacionadas a la comprensión de la causa de los efectos
	ADE	Promedio de preguntas relacionadas al acceso a disposición emocional
	ADR	Promedio de preguntas relacionadas a la disposición resiliente por los cuidadores

Estudio Socioeconómico (0=No; 1=Sí)	SS	Seguro social
	ING	Cantidad de ingreso familiar la semana previa al cuestionamiento
	AG	Agua
	DR	Drenaje
	EL	Electricidad
	CO	Cocina con leña
	PI	Piso de tierra
	TE	Techo de lámina, cartón o plástico
	PA	Paredes de lámina, cartón o plástico
	BA	Baño dentro de la casa
	NP	Número de personas que habitan la casa
	ND	Número de cuartos en la casa usados exclusivamente como dormitorios
Lugar de aplicación (0=No; 1=Sí)	ALI	Alianza
	NA	Nueva Almaguer
	ARB	Arboledas
	CAV	Cavida
	CUM	Cumbres
	ERM	Ermita
	JPII	Juan Pablo
	SG	San Gilberto
	SM	Santa Mónica
ZIM	Zimix	

Fuente: Elaboración propia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhtar, S. (1999). The distinction between needs and wishes. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(1), 113-151. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1177/00030651990470010201>
- Bai, H. y Clark, M. (2019). *Propensity score methods and applications*. California: SAGE.
- Beijers, R., Riksen-Walraven, M. y De Weerth, C. (2013). Cortisol regulation in 12-mon-

- th-old human infants: Associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *The International Journal of the Biology of Stress*, 16(3), 267-277. Recuperado de: <https://doi.org/10.3109/10253890.2012.742057>
- Bernstein, D. (1983). The female superego: A different perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 64, 187-201.
- Bleichmar, E. (2000). Incidencia de la violencia sexual sobre la construcción de la subjetividad femenina. En A. Hernando (ed.). *La construcción de la subjetividad femenina* (pp. 187-222). Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid.
- Bornstein, B. (1951). *On Latency*. En *The Psychoanalytic Study Child*, vol. VI (pp. 279-285). Nueva York: International Universities Press.
- Bowlby, J. (1969). *El apego y la pérdida 1. El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *El apego y la pérdida 2. La separación*. Barcelona: Paidós.
- Brenner, E. (2019). The crisis of youth mental health. *Stanford Social Innovation Review*, 17(2), 34-41. Recuperado de: [https://ssir.org/articles/entry/the\\_crisis\\_of\\_youth\\_mental\\_health](https://ssir.org/articles/entry/the_crisis_of_youth_mental_health)
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E. y Martínez-Vélez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Caraveo-Anduaga, J. y Martínez-Vélez, N. (2019). Salud mental infantil: Una prioridad a considerar. *Salud Pública de México*, 61(4), 514-523. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21149/9727>
- Clark, M. (2004). *Can propensity scores reduce bias caused by regression to the mean in quasi-experiments that use matching?* Tesis de doctorado. University of Memphis, Tennessee.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). *Evolución de las líneas de pobreza por ingresos*. Recuperado de: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>
- Chavira, D., Stein, M., Bailey, K. y Stein, M. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 163-171. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00103-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00103-4)
- Couoh, C., Góngora, A., García, A., Macías, I. y Olmos, N. (2015). Ansiedad y autoestima en escolares de educación primaria de Mérida, Yucatán. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(3), 302-308. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29242800007.pdf>
- Ekman, P., Friesen, W. y Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: Guidelines for research and an integration of findings*. Nueva York: Pergamon Press Inc.
- Emde, R. N., Izard, C., Huebner, R. y Sorce, J. (1985). Adult judgments of infant emotions: Replication studies within and across laboratories. *Infant Behavior and Development*, 8(1), 79-88. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(85\)80018-7](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(85)80018-7)
- Engel, G. (1962). Anxiety and depression-withdrawal: The primary effects of unpleasure. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 89-97.
- Erickson, E. (1978). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme.

- Fonagy, P. (1996). The significance of the development of metacognitive control over mental representations in parenting and infant development. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 5(1), 67-86.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual. Obras completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1908). *Carácter y erotismo anal. Obras completas*, vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Conferencia de introducción al psicoanálisis. Obras completas*, vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1931). *Sobre la sensualidad femenina. Obras completas*, vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Graue, E. (2018). Prólogo. En J. Rivera, A. Colchero, M. Fuentes, T. González, C. Aguilar, G. Hernández y S. Barquera (ed.). *La obesidad en México: Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control* (pp. 9-10). Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Harris, M. (1997). *Thinking about infants and young children*. Londres: Karnac Books Ltd.
- Kaplan, L. (1996). *Perversiones femeninas*. Buenos Aires: Paidós.
- Kleeman, J. (1976). Freud's views on female sexuality in the light of direct child observation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24S (suplemento), 3-26.
- Levinton, N. (2000). *El superyo femenino. La moral en las mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Malher, M. (1984). *Estudios 2. Separación-individuación*. Buenos Aires: Paidós.
- Mantilla-Mendoza, L., Sabalza-Peinado, L., Díaz-Martínez, A. y Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(2), 163-171.
- Márquez-Caraveo, M., Arroyo-García, E., Granados-Rojas, A., Ángeles-Llerenas, A. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 59(4), 477-484. Recuperado de: <https://doi.org/10.21149/8514>
- Piaget, J. (1954). *The child's construction of reality*. Nueva York: Basic.
- Research Digest (2018). Parenting interventions and the role of parental factors and styles in child mental health. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(2), 275-283. doi: 10.1080/0075417X.2018.1501719.
- Ryan, R., O'Farrelly, C. y Ramchandani, P. (2017). Parenting and child mental health. *London Journal of Primary Care*, 9(6), 86-94. doi: <http://doi.org/10.1080/17571472.2017.1361630>.
- Sánchez-Aguilar, A., Andrade-Palos, P. y Gómez-Maqueo, M. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(2), 15-21.
- Sarnoff, C. (1971). Ego structure in latency. *The Psychoanalytic Quarterly*, 40(3), 387-414. doi:

<https://doi.org/10.1080/21674086.1971.11926567>.

- Schafer, R. (1960). The loving and beloved superego in Freud's structural theory. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15(1), 163-188. doi: <https://doi.org/10.1080/00797308.1960.11822573>.
- Siegel, D. (2015). *The developing mind. How relationship and the brain interact to shape who we are*. Nueva York: The Guilford Press.
- Spielberger, C. (2009). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes (STAXI-2): Manual*. Madrid: TEA. Recuperado de: [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/STAXI-2\\_extracto-web.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/STAXI-2_extracto-web.pdf)
- Stoller, R. (1976). Primary femininity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24S (suplemento), 59-78.
- Tronick, E. y Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. *Zero to Three: Bulletin of the National Center Clinical Infant Program*, 5, 1-6.
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C. y Quinceo, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "Child depression inventory" —CDI—. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217-227. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/679/67920203.pdf>
- Weinfeld, N., Whaley, G. e Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity and coherence in attachment from infancy to late adolescence: Sequelae of organization and disorganization. *Attachment and Human Development*, 6(1), 73-97. doi: <https://doi.org/10.1080/14616730310001659566>.
- Zahn-Waxler, C. y Wagner, E. (1993). Caregivers' interpretations of infant emotions: A comparison of depressed and well mothers. En R. N. Emde, J. D. Osofsky y P. M. Butterfield (ed.). *Clinical infant reports series of the ZERO TO THREE/National Center for Clinical Infant Programs. The IFEEL pictures: A new instrument for interpreting emotions* (pp. 175-184). International Universities Press, Inc.