

23
Ry



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**INCIDENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESION EN UN
GRUPO DE NIÑOS CON SINDROME DE MALTRATO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

**ARCINIEGA FUENTES MARITZA A^{de la} DEL R.
BERZUNZA DEL RIO GUILLERMINA MARICELA**

DIRECTOR DE TESIS: LIC. MARIA TERESA GUTIERREZ ALANIS

ASESOR METODOLOGICO: DR. CARLOS M. CONTRERAS

MEXICO, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NUESTRO MAS SINCERO AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A nuestra directora de tesis y amiga: Lic. Ma. Teresa Gutiérrez Alanis, por su invaluable conducción y constante motivación.

A nuestro asesor metodológico y profesor de la facultad: Dr. Carlos Contreras, por su apoyo en la realización del análisis estadístico de este trabajo.

A el H. cuerpo del jurado, por el tiempo dedicado y valiosas observaciones:

María Isabel Haro Renner
María Luisa Herrán Iglesia
María Carmen Montenegro Núñez
Patricia Paz de Buen Rodríguez

Al Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar C. A. V. I. y muy especialmente a la fundadora y exdirectora Lic. Bárbara Yllán Rondero, Directora Lic. Sonia Araujo Osorio, Subdirector de Asistencia Psicosocial Lic. Enrique Ortiz Betancourt, Jefa del Departamento de Tratamiento Psicológico Lic. Norma Gómez Pérez y de manera muy especial con todo cariño a la exjefa del Departamento de Tratamiento y amiga Lic. Guadalupe Azuara Franco, así como a el equipo de profesionales en los Departamentos de Prevención, Investigación y Tratamiento por su cooperación y apoyo para la realización de esta investigación.

DEDICO ESTE ESFUERZO

A tí padre:

Como una muestra sencilla de mi agradecimiento por tu apoyo durante toda mi vida y en los momentos más difíciles, por alentarme para continuar mis estudios y porque siempre escuche un "te quiero" que me ha impulsado a seguir adelante. Gracias papá. Te quiero mucho.

A tí madre:

Que aunque ya no te encuentras entre nosotros, dejaste en mí valores inapreciables que me han ayudado a alcanzar mis metas y a descubrir nuevas fronteras. Gracias.

A ustedes hermanas; con todo mi cariño:

Pati, Viole, y Miri, por todos los momentos que hemos compartido, su compañía engrandece mi espíritu.

A tí hijo:

Miguel, mi pequeño tesoro, expresión sensible y tangible de mi amor por la vida. Tu sonrisa siempre será motivo de lucha y esperanza. Te amo.

A ustedes mis pequeños sobrinos:

Samy, Axl, Ale e Ian. Los quiero mucho.

A tí abuelita Adela:

Gracias por tu cariño.

A las familias Arciniega y Fuentes:

Un enorme GRACIAS por todos los momentos en que hemos estado unidos, especialmente en aquellos en los que he sentido su solidaridad. Muy especialmente a tí tía Licha, gracias por tus afectivas palabras, tu cercanía, tu cariño. Y a tí prima Marybel por tu apoyo.

A ustedes mis amigas y amigos:

Su presencia, compañía, ternura y lealtad, enriquece y fortalece mi alma.

MARITZA.

México, gracias por haber nacido en tu tierra, prodiga y grandiosa.

Gracias a mis **padres**, quienes me dieron la oportunidad de tener una profesión y a mis **hermanos** por su comprensión y estímulo.

Dedico con cariño este trabajo a mi esposo **Arturo** y a mi querida hija **Valeria**, quienes formaron parte importante en la culminación de este esfuerzo.

Un especial agradecimiento a mis **familiares y amigos**, los que estimularon la conclusión exitosa de mi tesis y en particular, a la noble y valiosa guía otorgada por mi amiga **Tere Gutiérrez Alanis**, para cumplir este propósito fundamental en mi vida.

Guillermina.

"Existen formas de violencia que no sólo afectan el cuerpo, se asesina el amor, el goce y el espíritu, se destruye la vida individual y colectiva, no una vez, sino muchas veces"

M. Quirós.

"Que todos los niños del mundo puedan jugar y cantar y crecer alegres y contentos, y que no haya más niños tristes."

José Martí.

INDICE

	Pag.
I.- INTRODUCCION	1
II.- MARCO TEORICO	
II.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION	3
II.2.- CARACTERISTICAS CLINICAS Y CAUSAS DE LA DEPRESION	5
II.3.- DEPRESION INFANTIL	19
II.4.- ANTECEDENTES HISTORICOS DEL MALTRATO AL MENOR Y DEFINICION DEL SINDROME DE MALTRATO	37
II.5.- CARACTERISTICAS CLINICAS Y CAUSAS DEL SINDROME DE MALTRATO INFANTIL	46
II.6.- INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DE MALTRATO INFANTIL	55
II.7.- INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL	75
II.8.- RELACION ENTRE DEPRESION Y EL SINDROME DE MALTRATO	81

III.- METODO

III.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	86
III.2.- HIPOTESIS	
III.2a.- HIPOTESIS CONCEPTUAL.	86
III.2b.- HIPOTESIS DE TRABAJO.	86
III.2c.- HIPOTESIS NULA.	87
III.2d.- HIPOTESIS ALTERNA.	87
III.3.- DEFINICION DE VARIABLES	
III.3a.- VARIABLE DEPENDIENTE.	87
III.3b.- VARIABLE INDEPENDIENTE.	88
III.4.- POBLACION.	88
III.5.- TIPO DE MUESTREO.	89
III.6.- TIPO DE ESTUDIO.	89

	Pag.
III.7.- TIPO DE DISEÑO.	89
III.8.- INSTRUMENTO.	90
III.9.- PROCEDIMIENTO.	91
III.10.- ANALISIS ESTADISTICO.	92
III.11.- ANALISIS DE RESULTADOS.	93
IV.- CONCLUSIONES / DISCUSION.	114
V.- BIBLIOGRAFIA.	120

SINOPSIS

La depresión es un problema de salud pública cada vez más frecuentemente diagnosticado en la población adulta; hasta ahora se comienzan a realizar estudios específicos que detecten la existencia de depresión en niños.

El síndrome de maltrato infantil es un fenómeno que se viene presentando en distintas civilizaciones y épocas que afecta directamente la integridad de los menores, pudiendo ser éste un desencadenante de la depresión.

El presente estudio tuvo como objeto explorar la existencia de depresión en un grupo de niños que presentaron síndrome de maltrato comparándolo con un grupo control de niños que no presentaron evidencia alguna de maltrato.

Para corroborar esta hipótesis, en la muestra participaron 31 niños maltratados detectados en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y 25 niños de una escuela primaria pública; todos ellos escolares cuyas edades fluctuaron entre los 7 y 12 años.

El instrumento utilizado en la detección de la depresión fue el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang, M. y Tisher, M. (1990) aplicado en forma individual para el grupo de niños maltratados y en forma colectiva al grupo control.

Los datos se analizaron estadísticamente utilizando un Análisis de Varianza (ANOVA). Los resultados indican que efectivamente existen algunos síntomas de depresión en los niños que han sufrido maltrato por parte de sus progenitores, así como los del grupo control. Destacándose, además del maltrato, variables como edad, grado escolar o sexo como condicionantes de la aparición de rasgos depresivos.

Por lo que, es importante considerar la presencia de depresión en este grupo de alto riesgo para un diagnóstico oportuno y el tratamiento psicoterapéutico adecuado.

CAPITULO I
INTRODUCCION

INTRODUCCION

Los trastornos depresivos son el padecimiento psicológico mental más frecuente, al grado de convertirse en un problema de salud pública, hay más depresiones y cada vez abarcan más etapas de la vida. Desde el lactante hasta al anciano, se considera que una de cada cuatro personas, estará expuesta a lo largo de su vida a sufrir una crisis depresiva (Avellanosa, 1988).

Las causas son múltiples y se presenta a cualquier edad.

La depresión en niños es tema de controversia aún cuando hay pruebas de su existencia. Se han determinado poblaciones de riesgo que presentan el transtorno depresivo: en niños hospitalizados, niños víctimas de abuso o maltrato, descuidados o cuyos padres presentan alguna enfermedad, entre otros.

El objetivo de la presente investigación consistió en conocer cuál es la incidencia de la depresión en un grupo de niños maltratados comparándolo con un grupo de niños que no presentaron evidencia alguna de maltrato. Consideramos importante en este estudio, averiguar la presencia de síntomas depresivos en niños maltratados, ya que algunos autores reportan que éstos, viven en una situación familiar con alto riesgo para que se presenten estos síntomas. Además la detección oportuna permite tomar las medidas adecuadas de tratamiento y atención en los casos necesarios, previniendo la derivación de dichos síntomas en un cuadro grave de depresión mayor que conlleva el riesgo lamentable del suicidio.

Al igual que en el caso de la detección de depresión en adultos, para los niños existen escalas de evaluación de la depresión, muchas de éstas son adaptaciones de las escalas o pruebas diseñadas para pacientes adultos.

El Cuestionario de Depresión para Niños (Children Depression Scale: CDS), (Lang y Tisher, 1990) es un instrumento diseñado específicamente para medir depresión en niños de 8 a 16 años.

Para el presente estudio se propuso la aplicación en forma individual de un instrumento utilizado en la detección de la depresión, el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) (Lang y Tisher, 1990), el cual valoró la presencia de síntomas depresivos en un grupo de 31 niños que han sufrido maltrato físico o psicológico por parte de uno o ambos padres y que acuden al Centro de Atención para la Violencia Intrafamiliar (CAVI) para solicitar tratamiento. Además, consideramos variables como edad, sexo, escolaridad, agresor y tipo de maltrato, datos que se obtuvieron de la ficha de ingreso de esta institución con el fin de realizar un análisis comparativo con el grupo control que comprendió a 25 niños no maltratados alumnos de una escuela primaria pública, que se les aplicó el mismo instrumento en forma colectiva.

En nuestra experiencia profesional en el CAVI, hemos observado que los niños maltratados presentan ciertas características que analizadas conjuntamente pudieran estar relacionadas con la depresión.

El interés principal de este estudio, consistió por un lado, en detectar síntomas depresivos con el test antes mencionado, identificando los síntomas más significativos y por otro, proponer que se incluya dentro de los procedimientos habituales de valoración en dicha institución, ésta o alguna otra escala para detectar depresión y así complementar el tratamiento que se les brinda a estos niños en el CAVI.

La literatura que apoya la relación depresión-maltrato es amplia y es importante aportar un dato más en cuanto a la incidencia de trastorno depresivo en esta muestra específica. Cabe aclarar que se consideró a la depresión como un síndrome clínico con base en los criterios diagnósticos del DSM III R (American Psychiatric Association, 1988).

CAPITULO II
MARCO TEORICO

II . 1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION

El término depresión comienza a utilizarse como tal desde hace aproximadamente un cuarto de siglo, aunque el cuadro patológico fue descrito desde la época greco-romana con el nombre de melancolía. Hipócrates afirmaba que los problemas que hoy llamamos psiquiátricos, estaban relacionados por la acción de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era provocada por la bilis negra (Calderón, 1984).

En la Edad Media, filósofos como Santo Tomás de Aquino, sostenían que la melancolía era producida por demonios como consecuencia de acciones culpables (Calderón, 1984). En el Renacimiento comienza a rechazarse el concepto demoníaco de la enfermedad y algunos autores describen los sentimientos de los pacientes melancólicos. (cit en Calderón, 1984). Durante el Barroco, la contribución del clérigo Robert Burton es importante, pues reconoce la existencia de factores psicológicos y no psicológicos, como la herencia, la falta de afecto en la niñez y las frustraciones sexuales relacionadas con la enfermedad (cit en Ayuso y Saiz, 1981).

Autores de la Ilustración como Pinel consideraban que el melancólico se concentraba en un objeto en forma exclusiva, viéndose afectada la memoria, la asociación de ideas pudiendo en ocasiones inducir al suicidio (cit en Ayuso y Saiz, 1981). Es en 1896 que Kraepelin diferenció entre psicosis maniaco depresiva y demencia precoz -esquizofrenia. Estudios genéticos posteriores llevaron a considerar el conjunto de síntomas depresivos como parte de la psicosis maniaco depresiva, situación que prevalece los primeros treinta años del presente siglo (cit en Calderón).

Después de haber investigado desórdenes tales como la histeria, neurosis obsesivo compulsiva, etc, es que los primeros psicoanalistas colocan su atención en la depresión. Puede considerarse a Karl Abraham como el iniciador de la indagación psicoanalítica de la depresión quién en 1911 publica la primera investigación al respecto.

Abraham, además de delinear y definir con precisión las fijaciones propias de la depresión, puso importancia en la participación de la ambivalencia, la repercusión de las decepciones infantiles en los vínculos amorosos y la idea de que la depresión es la recapitulación de un trauma infantil en la edad adulta (Arieti y Bemporad, 1978). En 1963, Schneider considerando que pocos casos merecen el calificativo de maniaco depresivo, propone el término psicosis ciclotímicas (Ayuso y Salz, 1981). Comienzan entonces a proliferar una serie de clasificaciones clínicas.

A partir de 1952 la Sociedad Americana de Psiquiatría, publica la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y por su parte La Organización Mundial de la Salud (OMS) emite la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) en sus distintas ediciones, en donde se incluye los trastornos afectivos (Cit en Gutiérrez, 1991).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se encuentra en el apartado de "Trastornos del estado de ánimo", mismo que a su vez presenta las siguientes subclasificaciones: episodio depresivo mayor (tipo crónico, melancólico y patrón estacional), trastornos bipolares (trastorno bipolar, ciclotimia y trastorno bipolar no clasificado), trastornos depresivos (depresión mayor, distimia o neurosis depresiva y trastorno depresivo no especificado) y trastornos depresivos no especificado. Es esta la clasificación más reciente y popular aceptada para los trastornos depresivos en la actualidad (American Psychiatric Association, 1988).

II. 2. CARACTERISTICAS CLINICAS Y CAUSAS DE LA DEPRESION

Características Clínicas de la Depresión.-

El término depresión, usualmente se puede entender tanto en el sentido psiquiátrico como no psiquiátrico. Puede referirse a un estado de ánimo disfórico, como respuesta a una pérdida o desengaño y puede presentarse sin una razón aparente que la explique. Cuando el estado de ánimo disfórico se considera como un síntoma en un paciente psiquiátrico, puede o no formar parte de un trastorno depresivo y puede estar formando parte de otro trastorno psiquiátrico (Cantwell y Carlson, 1983).

La depresión como síndrome, significa que la disforia aparece acompañado a otros síntomas que normalmente aparecen juntos. Dichos síntomas se refieren a cambios afectivos, intelectuales, conductuales y somáticos. El síndrome clínico de la depresión puede presentarse como el problema principal, pero también puede aparecer acompañado por una gran variedad de trastornos físicos o psíquicos. El concepto de trastorno depresivo posee connotaciones todavía más amplias que el concepto de síndrome depresivo. El uso del término depresión para designar un trastorno no sólo significa que existe un conjunto de síntomas, sino que también existe un cuadro clínico característico, una historia característica, una respuesta al tratamiento característica y muy probablemente también determinada situación familiar, ambiental y biológica (Cantwell y Carlson, 1983).

La depresión puede distinguirse como: **síntoma**, que es la forma más frecuente de aparición en la infancia y en la adolescencia, es un fenómeno aislado, exclusivamente tristeza, apatía o desánimo. **Síndrome o cuadro general**, además de los síntomas anteriores, hay problemas de apetito y de sueño, dificultades de rendimiento escolar e intelectual y problemas relacionales, que es una forma ya menos común que la anterior en la infancia. Como **enfermedad mental organizada**, es decir, como un cuadro muy específico con frecuentes antecedentes hereditarios, una evolución determinada, complejidad de trastornos, un cierto perfil de personalidad y con determinada respuesta a la medicación, cuya presentación es más rara en la niñez (Cobo, 1992).

Se han descrito distintos trastornos afectivos en función de los diferentes cuadros clínicos, variantes de la forma grave de la depresión; esto es el episodio depresivo mayor.

La sintomatología esencial de un **episodio depresivo mayor** descrito en el DSM III-R, consiste en un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día, por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio de peso, alteraciones de sueño, agitación o entecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrente o intentos de suicidio. El diagnóstico sólo se verifica si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la alteración y si la alteración no es una reacción normal a una pérdida afectiva (duelo complicado) (American Psychiatric Association, 1988).

La depresión puede distinguirse como: **síntoma**, que es la forma más frecuente de aparición en la infancia y en la adolescencia, es un fenómeno aislado, exclusivamente tristeza, apatía o desánimo. **Síndrome o cuadro general**, además de los síntomas anteriores, hay problemas de apetito y de sueño, dificultades de rendimiento escolar e intelectual y problemas relacionales, que es una forma ya menos común que la anterior en la infancia. Como **enfermedad mental organizada**, es decir, como un cuadro muy específico con frecuentes antecedentes hereditarios, una evolución determinada, complejidad de trastornos, un cierto perfil de personalidad y con determinada respuesta a la medicación, cuya presentación es más rara en la niñez (Cobo, 1992).

Se han descrito distintos trastornos afectivos en función de los diferentes cuadros clínicos, variantes de la forma grave de la depresión; esto es el episodio depresivo mayor.

La sintomatología esencial de un **episodio depresivo mayor** descrito en el DSM III-R, consiste en un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día, por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio de peso, alteraciones de sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrente o intentos de suicidio. El diagnóstico sólo se verifica si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la alteración y si la alteración no es una reacción normal a una pérdida afectiva (duelo complicado) (American Psychiatric Association, 1988).

El paciente que presenta un síndrome depresivo manifiesta predominantemente los siguientes síntomas, los cuales pueden variar en intensidad y combinación. Para su estudio, los síntomas depresivos se han agrupado en cuatro: trastornos afectivos, intelectuales, conductuales y somáticos.

En el aspecto afectivo el enfermo generalmente inicia con un estado de indiferencia hacia aquellas actividades que antes despertaban su interés, se queja de sentirse abatido, insatisfecho, se muestra pesimista en relación con los problemas (Calderón, 1984). Aparece la tristeza de forma persistente, el paciente se queja de que ésta surge de dentro o que se arraiga en el pecho o en el vientre (Ayuso y Saiz, 1981). La tristeza puede aparecer con o sin tendencia al llanto, como respuesta a ciertos eventos cuando tienen un disgusto o a veces sin motivo aparente (Avellanosa, 1988); aunque cuando el llanto está ausente y de acuerdo a la presencia de otros síntomas podrá pensarse en la "depresión sonriente" (Calderón, 1984). Al parecer cuando la depresión no es muy severa el sentimiento de infelicidad puede presentarse con altas y bajas durante el día, incluso desaparecer por momentos, conforme avanza se presenta con cierto ritmo, incrementándose por las mañanas (Calderón, 1984).

Es frecuente observar en el paciente depresivo, inseguridad en cuanto a la toma de decisiones, reportan sentir desconfianza en sí mismos, indecisión y cambiar fácilmente de opinión, lo cual ocasiona un deterioro en su actividad y voluntad, volviéndose dependientes de las personas más allegadas (Calderón, 1984).

El enfermo es consciente a la vez de lo que está ocurriendo y sufre por ello y por hacer sufrir a los que le rodean. Imagina que ya no sirve para nada y que nunca volverá a estar bien. Cuando los demás intentan ayudarlo los rechaza o acepta educadamente sus consejos, sin que le sirvan de nada. Cada vez más se encierra en un círculo, solo consigo mismo y sin posibilidades de ayuda. Su vida social se reduce al mínimo, si es convencido de salir, se siente incapaz de sonreír y si se encuentra solo surge el llanto (Avellanosa, 1988).

Resulta de extraordinaria importancia la presencia de ideas delirantes, mismas que se estructuran bajo la acción catalizadora de la ansiedad, en torno a miedos primordiales del hombre, de esta manera existe preocupación por la salud y la integridad corporal (Ayuso y Saiz, 1981), también dan vueltas a las mismas preocupaciones (Avellanosa, 1988). La irritabilidad puede ser uno de los motivos por los que el paciente acude con el especialista, refiere sentirse agresivo en sus relaciones personales tanto con la familia, como en su empleo y ocupaciones (Calderón, 1984).

La idea de culpabilidad puede concentrarse en hechos reales, mismos que distorsionan o exageran hasta el punto en que son incapaces de diferenciar la realidad de la fantasía (Mendels, 1970).

El paciente depresivo, refleja un control inhibitorio, mismo que se produce como una manera de dominar la angustia, este aspecto resulta de vital importancia en la aparición de pensamientos autodestructivos (Avellanosa, 1988).

Cuadro 1 SINTOMAS AFECTIVOS DEL CUADRO CLINICO DEL EPISODIO DEPRESIVO.

- Apatía o indiferencia (9).
- Abatimiento (9).
- Insatisfacción (9).
- Pesimismo (9).
- Tristeza persistente (5,4).
- Sentimiento de infelicidad (9).
- Inseguridad (9).
- Desconfianza (9).
- Indecisión (9).
- Conciencia / sufrimiento (4).
- Rechazo / pasividad ante la ayuda (4).
- Ansiedad (4).
- Preocupación por la salud (5).
- Irritabilidad (9).
- Culpabilidad (40).
- Control inhibitorio (4).

Con respecto a la esfera intelectual, los síntomas depresivos se manifiestan por una deficiente captación de los estímulos, se ve disminuida su capacidad de atención-concentración (Calderón, 1984). La inhibición intelectual y el que su única preocupación sea su estado personal de manera obsesiva, hacen que la información almacenada en la memoria, sea infinitamente menor de lo habitual, muchas cosas atraviesan su cerebro sin fijarse en la memoria (Avellanosa, 1988).

La memoria también se modifica en el depresivo. Se le dificulta con frecuencia recordar eventos cercanos, recientes y sin embargo, florecen recuerdos de épocas anteriores, especialmente aquellos que son desagradables (Avellanosa, 1988).

El depresivo tiene un mala opinión de si mismo, se considera ineficiente e incapaz, negando éxitos y habilidades, ofrece poco o nula respuesta cuando se le deposita confianza (Ruiloba y Gastó, 1988) y no realiza acciones que le produzcan satisfacción, ve el mundo que le rodea con profundo pesimismo, pensando que cualquier acción que lleve al cabo tendrá resultados negativos (Calderón, 1984).

Cuadro 2 SINTOMAS INTELECTUALES DEL CUADRO DEPRESIVO

- Captación deficiente de estímulos (9).
- Capacidad atención - concentración disminuida (9).
- Inhibición intelectual (4).
- Descuido de su crecimiento intelectual (4).
- Disminución en el almacenamiento de la información (4).
- Dificultad en la memoria a corto plazo (5).
- Aparecen recuerdos lejanos especialmente desagradables (4).
- Pobre autoconcepto (51).
- Poca o nula respuesta ante los estímulos (51).
- No buscan actividades que les satisfagan (9).

Se observan en el paciente depresivo, algunos **trastornos conductuales**, tales como que la actividad y productividad se reducen al mínimo para cumplir con sus compromisos (Calderón, 1984).

Se denota cierto desecido en su aspecto personal, su actitud decaída, postura inclinada, la sonrisa embozada, fría y superficial, su vestimenta desaliñada, arrugada e incluso sucia le delatan (Calderón, 1984). Todos los rasgos parecen alargados, aparece una expresión de tristeza característica: la oblicuidad de las cejas y dirigidos hacia abajo los ángulos de la boca (Avellanosa, 1988).

El retardo o agitación psicomotora son síntomas que se asocian a menudo con la depresión. Implica un decaimiento en los movimientos corporales y mentales, se limita en sus movimientos, su discurso es espontáneo sin comprometerse en la discusión, es característica la lentitud, como si estuviera realizando un gran esfuerzo (Calderón, 1984).

Como contraste, algunos pacientes pueden manifestar un estado de inquietud extrema, tanto física como psicológica; manifestándose hiperactividad, incapacidad para permanecer sentado, deambulación continua, retorcimiento de las manos, estiramiento o manoseo del cabello, la piel, los vestidos u otros objetos (American Psychiatric Association, 1988).

Como síntoma asociado a la depresión, puede presentarse una tendencia a beber o a utilizar drogas como medio de evasión para moderar la angustia (Calderón, 1984).

Los impulsos suicidas son el aspecto más delicado en el depresivo, los cuales deben estar en la consideración del especialista (Calderón, 1984).

Cuadro 3 SINTOMAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESION

- Minima actividad y productividad (9).
- Actitud decaida (9).
- Rasgos alargados (4).
- Expresión de tristeza característica : oblicuidad en cejas y labios (4)
- Descuido personal (9).
- Retardo psicomotor (9):
 - Decaimiento en movimientos corporales y mentales
 - Discurso lento esforzado, poco comprometido.
- Ansiedad, inquietud extrema fisica y psicológica (2):
 - Hiperactividad
 - Deambulaci3n
 - Retorcimiento de las manos
 - Manoseo de cabellos, piel, ropas u otros objetos
- Puede presentarse tendencia a utilizar alcohol y drogas como medio de evasi3n para dominar angustia (9).
- Pueden presentarse impulsos suicidas (9).

Los sntomas somáticos asociados al cuadro depresivo, son el motivo frecuente por el cual el paciente acude al médico, subestimando o encubriendo el problema emocional subyacente. El hecho de que las enfermedades en general son un factor condicionante en la aparici3n de los trastornos depresivos, motiva la realizaci3n de un estudio para conocer la presencia de las manifestaciones depresivas en los pacientes que acuden a consulta externa en hospitales generales. En una muestra de 1,000 pacientes, se incluy3 a todo paciente mayor de 15 años, que aguardara ser recibido por un médico de cualquier especialidad (excepto psiquiatría) en el período de recolecci3n. De los 1000 pacientes estudiados 522 (52.2%) curs3 con diferentes grados de

manifestaciones depresivas. De los 522 individuos con manifestaciones depresivas se puede señalar que cuando menos 211, o sea 21% requería de atención médica para su trastorno depresivo. Las manifestaciones depresivas tienden a aparecer con más frecuencia en el sexo femenino y en uno y otro sexo a medida que aumenta la edad. En relación con el estado civil los solteros (con 56% de manifestaciones depresivas) predominaron respecto de los demás grupos. Las especialidades de cardiología y cirugía (70%), predominaron sobre los demás en el porcentaje de posesión de las manifestaciones depresivas. De igual manera, lograron altas puntuaciones (60%) urología, endocrinología, medicina interna neurología, otorrinolaringología y venerología. Finalmente las cifras de ginecología (3.6%) son las esperadas en poblaciones sanas, lo cual llama la atención (García, Mella y Solís, 1994).

Dentro de los trastornos somáticos asociados a la depresión tenemos, alteraciones del sueño, apetito, sexualidad y en otros aparatos del organismo, como el sistema cardiovascular o gastrointestinal, entre otros (Avellanosa, 1988).

Con respecto a las alteraciones del sueño, se encuentran: insomnio (inicial, intermedio, terminal), hipersomnía, o somnolencia diurna exagerada, los pacientes se quejan de la dificultad para dormir, de dormir inquieto, despertando varias veces por la noche o a horas tempranas, de la imposibilidad de volver a conciliar el sueño, de la necesidad de dormir en demasía (Calderón, 1984), de la aparición de sueños angustiosos y pesadillas (Avellanosa, 1988).

Otro trastorno importante, se refiere al apetito y peso corporal; presentándose anorexia o bulimia, esto es, reduce la ingestión de alimentos o por el contrario existe el deseo compulsivo de comer (Avellanosa, 1988).

También se presentan trastornos en la sexualidad. Las relaciones sexuales disminuyen o desaparecen, aunque en algunos casos hay un intento de salir por medio de la hipersexualización. Aunque en general hay una disminución en la libido tanto en hombres como mujeres (Avellanosa, 1988).

Un conjunto adicional de síntomas que pueden acompañar la depresión, lo conforman la cefalea tensional persistente e intensa, sequedad en la boca, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir, mareos, prurito, con frecuencia también se presentan alteraciones en el aparato digestivo y en el sistema cardiovascular (Avellanosa, 1988).

Cuadro 4 SINTOMAS SOMATICOS ASOCIADOS A UN CUADRO DEPRESIVO MAYOR

- Alteraciones del sueño (9):
 - Insomnio (inicial, intermedio, terminal).
 - Hipersomnia.
 - Somnolencia diurna exagerada.
 - Dificultad para dormir.
 - Inquietud durante el dormir (despertando varias veces en la noche o a horas tempranas).
 - Necesidad de dormir en demasía.
 - Aparición de sueños angustiosos o pesadillas (4).
- Trastornos en el apetito o peso corporal (4):
 - Anorexia
 - Bulimia
- Trastornos en la sexualidad (4):
 - Disminuye la libido
 - Hipersexualización
- Cefalea tensional (4).
- Sequedad en la boca (4).
- Sensación de opresión en el pecho (4).
- Dificultad para engullir (4).
- Mareos (4).
- Prurito (4).
- Alteraciones en el aparato digestivo (4).
- Alteraciones en el sistema cardiovascular (4).

En páginas anteriores se han enumerado y explicado los síntomas que caracterizan la depresión, no quisiéramos que este grave problema quedara reducido a cuestiones orgánicas y psicológicas; por lo que de acuerdo a Fernández (1994), quien describe este fenómeno en su aspecto espiritual nos invita a reconocerlo de una manera más cercana y humana.

"La melancolía es el dolor peor; casi no hay manera de abusar de las palabras espantosas para ubicarla si se dijera que se derrumba el mundo, hay que tomarlo en sentido literal, es horrible, cruel, inmisericorde, despiadada, humillante, porque es el dolor de vivir, de tener el cuerpo vivo cuando la realidad se ha muerto; y entonces el alma duele en el cuerpo. En rigor, en la melancolía, no duele algo fácil de señalar y maldecir como la muela o el duodeno, sino algo absoluto e inmenso como el vacío o la nada que se mete tras la piel ocupándolo todo, de tal manera que ya no caben ahí ni las medicinas, ni las explicaciones, ni la esperanza, ni las ganas de sanarse. Se está alegre por algo, se está triste por algo, y eso se puede arreglar, pero se está melancólico precisamente por nada" (Fernández, 1994).

González Ruela, vicepresidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, considera a la depresión como una enfermedad difícil ya que se le puede confundir como una forma de ser, como un estilo de vida; la cual ha aumentado sobre todo en las grandes ciudades y se ha extendido incluso a la infancia. Si la depresión se presenta de manera crónica en un individuo, llega a convertirse en una respuesta persistente y patológica; se transforma en enfermedad. Su grado extremo es el suicidio pero en los casos más generales, produce inestabilidad familiar, genera disfunciones en la conducta social y aislamiento, causa ineficiencia laboral que conduce a accidentes de trabajo o a la pérdida del empleo, por lo que resulta importante la detección, el diagnóstico y el tratamiento (Cit en Moreno, 1995).

Causas de la Depresión.-

En el origen de la depresión se esconden una multiplicidad de causales con predominio de algunas sobre otras, así todos los factores son mutuamente complementarios.

La posición psicoanalítica con respecto a la etiología de la depresión, se resume de la siguiente manera: cuando las personas melancólicas sufren un insoportable desencanto infligido por su objeto de amor, tienden a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a continuación el acto de introjectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al yo, actividad que es en parte, fuente de placer (Arieti y Bemporad, 1978).

Según Melanie Klein, todo niño se enfrenta en su desarrollo emocional con la depresión, que debe superar para acceder al sentido de la realidad que le permitirá distinguir su mundo interno (subjetividad) y el mundo externo (objetividad). La depresión comienza cuando el bebé reconoce a su madre como una persona total es decir, la reconoce como la que ama y que le frustra, esto le produce un gran dolor. Entonces surge la ansiedad depresiva porque el niño siente también amor y odio hacia la madre, y tiene un gran miedo a que esta figura lo abandone o la pierda, ya que el niño no sabe si él es o la madre la causante de esto. Para luchar contra la ansiedad del niño desarrolla defensas: la negación, el control, el desprecio, la reparación. La **NEGACION** "no es verdad" (no me pasa nada, no es verdad que mamá sea mala, no es verdad que yo le haya hecho daño, no es verdad que esté enojada, no es verdad que yo esté enojado, etc.) así se inhibe la agresividad. El **CONTROL** "no me importa", es decir "yo puedo, yo puedo hacer que esto cambie, yo puedo hacer que mamá esté contenta, o bien: yo la hundiré, haré que ella se arrodille ante mí, hará cuanto yo le mande y cuanto yo quiera, estará al servicio de todos mis deseos). El **DESPRECIO**: "no merece la pena" (No vale la pena enfadarse, Ella es

tonta, Ella es muy poca cosa, Ella no sabe hacer nada"). La **REPARACION**: "Yo lo arreglaré" (Seré bueno, le daré un beso, le compraré lo que quiera, haré algo que le guste a Ella"). Estos son los mecanismos primarios que el niño emplea para hacer frente a la posición depresiva, la cual se convierte en depresión cuando se traduce dolorosamente en el estado de ánimo del sujeto y cuando fracasan esos mecanismos de defensa (cit en Cobo, 1992).

Para Calderón (1984) los factores que originan la depresión, pueden clasificarse en los de tipo genético, psicológico, ecológico y social:

Las causas de tipo genético predominan en los cuadros de depresión psicótica, las causas de índole psicológico son de mayor importancia en las depresiones neuróticas y las causas ecológicas y sociales, intervienen en la génesis de depresiones simples.

Con respecto a los factores genéticos, se considera que no puede hablarse de herencia directa, aunque sí de una posible vulnerabilidad a sufrir un episodio depresivo así como de presentar una respuesta determinada al tratamiento.

Los factores emocionales, tienen un papel determinante desde los primeros años de vida, cuando la integridad de la personalidad está en la etapa formativa, actuando como desencadenante de situaciones como la pérdida de un ser querido, la pérdida de la salud o el poder, modificaciones en el ingreso económico; cuando se pone de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada.

Se considera en los factores ecológicos que el deterioro del medio ambiente, disminuye la vida del ser humano, viéndose afectada la salud mental. La contaminación, los problemas de tránsito, ruido excesivo, tienen un gran impacto en el hombre, suscitándole tensión, fatiga física e intelectual, irritabilidad, sordera, malestares físicos, etc.

Los grandes núcleos de población se ven afectados por factores de índole social, tales como: la desintegración de la familia, la disminución de lazos religiosos, la falta de vínculos con los vecinos, la dificultad para mejorar las condiciones de vida, mismas que influyen en el ser humano (Calderón, 1984).

El último factor por considerar es aquel en que existe evidencia de un trastorno orgánico, como causa inmediata, siendo las más frecuentes las depresiones seniles, las causadas por sustancias tóxicas o en relación a traumatismos cerebrales (Aveflanosa, 1988). Una enfermedad física crónica y la dependencia de sustancias, particularmente la dependencia de psicoactivos, alcohol y de la cocaína, predisponen aparentemente el desarrollo de un episodio depresivo mayor (American Psychiatric Association, 1988). Las teorías biológicas acerca de la depresión atribuyen los síntomas e irregularidades metabólicas, químicas y moleculares. Algunas teorías implican al cromosoma X, como lo propusieron Van Eerdwegh, Gershon y Van Eerdewegh, en 1979, otras atribuyen a la presencia y ausencia de ciertas hormonas o minerales como lo menciona Sachar en 1973, o bien a la sensibilidad de receptores cerebrales como lo han estudiado, entre otros Mobley y Sulser, en 1981 y otras más a la cantidad de neurotransmisores cerebrales en la etiología de la depresión. Ninguna de estas teorías es completamente conclusiva (cit en Digdon y Gotlob, 1986).

Cuadro 5 CAUSAS DE LA DEPRESION

- Posición psicoanalítica ortodoxa (3)

La depresión surge del sufrimiento de un desengaño por un objeto de amor. Primeramente existe una expulsión y destrucción. Posteriormente la introyección. La venganza se satisface atormentando al yo, actividad que en parte es fuente de placer.

- Melanie Klein (16).

El niño debe enfrentarse a la depresión para desarrollar un sentido de realidad. Cuando el bebé reconoce a la madre como la figura que le ama y le frustra, surge en él un gran dolor. La ansiedad depresiva se produce de este amor/odio, del temor a la pérdida o abandono. Para luchar contra la ansiedad el niño desarrolla defensas:

- a) La NEGACION: "No es verdad"
- b) El CONTROL: "No me importa"
- c) El DESPRECIO: "No merece la pena"
- d) La REPARACION: "Yo lo arreglare"

Cuando estos fallan la depresión se convierte en estado de animo.

- Calderón. Clasifica los factores que originan la depresión (10):

- a) Genéticos - Predominan en depresión psicótica.
- b) Emocionales - Predominan en depresión neurótica.
- c) Ecológicas - Intervienen en las depresiones simples.
- d) Sociales - Intervienen en las depresiones simples.

- Avellanosa. Suma el factor orgánico (5).

II. 3. DEPRESION INFANTIL

Consultando la literatura sobre el tema, se pueden distinguir cuatro corrientes de pensamiento con puntos de vista distintos acerca del síndrome de depresión infantil (Cantwell y Carlson, 1993; Cobo, 1992).

Estas son:

- 1).- Los del enfoque psicoanalítico, que niegan la ocurrencia del trastorno en niños prepúberes y menores.
- 2).- Los que aceptan la existencia de la depresión en niños con variaciones en síntomas asociados según la edad.
- 3).- Los que apoyan la idea de la depresión enmascarada, expresada a través de equivalentes depresivos.
- 4).- Los que buscan encontrar diferencias y similitudes entre los cuadros depresivos de adultos y niños.

La primera orientación considera que la depresión tal y cómo se presenta en los adultos no se da en los niños antes de la pubertad.

El punto de vista psicoanalítico ortodoxo, considera que lo que suele aparecer a veces, es un estado depresivo que no persiste, porque el niño no pueden tolerar durante mucho tiempo sentimientos de tristeza o angustia.

Los niños son incapaces de soportar la depresión y no tardan en desplazar su atención hacia pensamientos o actividades más placenteras. Existe todavía suficiente fluidez entre fantasía y realidad, como para evitar verdades desagradables y orientar la conducta hacia el placer inmediato, deteniendo así los elementos cognitivos que dan lugar a las vivencias depresivas. Por lo tanto, estos niños son incapaces de defenderse de la depresión, mediante diferentes actitudes, mismas que no son equivalentes depresivos, ni evidencia de una depresión encubierta. Son más bien intentos de adaptación para enfrentar una situación que a juicio del diagnóstico, es capaz de provocar depresión en un adulto (Arieti y Bemporad, 1978).

Según los psicoanalistas, esto se debe a que el superyo no se ha desarrollado adecuadamente ni se ha internalizado antes de alcanzar la preadolescencia. Los síntomas considerados como indicativos de depresión, son sólo fenómenos transitorios del desarrollo infantil que desaparecen con el paso del tiempo (Cantwell y Carlson, 1983).

Los defensores de la segunda postura, se pronuncian a favor de la existencia de la depresión infantil. Consideran que se caracteriza por una serie de síntomas únicos, peculiares y además de los indicadores de depresión adulta.

En los casos más típicos, el niño muestra un semblante triste o inseguro, solloza por motivos banales, habla con una voz monótona y apenas vibra con el entorno (Ayuso y Saiz, 1981).

Los niños más que tristes se les observa sombríos. El rostro suele ser más inexpresivo que preocupado pues las arrugas del sufrimiento no han marcado su rostro. Su carita es apagada, sus ojos sin vitalidad (Avellanosa, 1988). Se le ve absorto, como ido hacia su interior, en algunos casos se le encuentra recordando cosas desagradables (ideación obsesiva) (Cobo, 1992).

La tristeza crónica conduce a la desesperanza, el paso siguiente es la desesperación ya que se le suma la ansiedad la cual tiene el riesgo de suicidio y de traumatofilia (tendencia inconsciente a tener accidentes) (Cobo, 1992).

El descenso en el rendimiento escolar resulta de la dificultad en mantener la atención y del entrecimiento del pensamiento y de la rememoración (Ayuso y Safz, 1981).

La irritabilidad es una defensa contra la tristeza, una intolerancia corporal contra ésta, una manera de sacudirsela (Cobo, 1992).

Con respecto a la apatía son comunes (Cobo, 1992) :

A).- Desmotivación. El paciente piensa y siente que no vale la pena, se refiere a una imposibilidad de conseguir la felicidad absoluta o bien que sea cual sea la respuesta que se obtenga como respuesta al esfuerzo, no se producirá alegría interior.

El aburrimiento es un aspecto específicamente infantil. Es un persistente estado de malestar o de incomodidad en el que se tiene la vaga e insistente impresión de que falta algo. El niño aburrido patológicamente hablando es aquel estado en el que el sujeto se encuentra incapaz de solucionar su malestar por sí mismo, y espera de otros que se lo procuren, pudiendo suceder que, incluso cuando los otros le suministran entretenimiento, el niño es incapaz de engancharse y continuar por su cuenta. Al parecer este supone en el inconsciente del niño el recuerdo de la ausencia de una figura materna.

B).- Falta de fuerzas. En el niño se trata de un "no puedo" al esfuerzo que la vida exige. El niño tiene miedo a enfrentarse con la vida, con la gente, el niño se retrae, se le observa desconfiado y con cierto recelo paranoide, siente que él es un extraño para los demás, empezando por su madre, de quién suele escucharse que desde que es menor no comprende las conductas de su hijo, es raro.

C).- Autocrítica y devaloración. El niño se siente feo, tonto y malo.

La inhibición en la esfera de la actividad, se traduce por la inercia, la pasividad, la tendencia al aislamiento y el rechazo a participar en juegos colectivos, el trastorno del humor con frecuencia se acompaña de crisis de pavor nocturno y de manifestaciones fóbico-obsesivas. El niño expresa la alteración afectiva, mediante una conducta inestable o a través del "acting out" impulsivo o antisocial (Ayuso y Saíz, 1981).

En cuanto a la matricidad en los niños se observa una falta de gracia, desgardo e inexpresividad facial (Cobo, 1992).

Puede observarse en el niño deprimido el abandono de las actividades favoritas o de la relación con sus personas preferidas, interés por la muerte o por el acto de morir. Apatía por la distribución de bienes materiales como juguetes o ropa, cambios en las costumbres de dormir y comer, falta de atención a las ropas y al aspecto personal, evidencias de consumo de drogas o alcohol (Gold, 1986). El síntoma más frecuente es la imagen negativa que estos niños tienen de sí mismos, a la que agregan el temor al fracaso, el presentimiento de que recibirán un trato injusto y la sensación de inadecuación. Algunos niños se describen a sí mismos como malos (Arieti y Bemporad, 1978).

La sintomatología depresiva del niño no ofrece sentimientos de culpabilidad o ideas de ruina, tratándose generalmente de formas depresivas no interiorizadas, ya que la inmadurez de las instancias psíquicas del niño, impiden el conflicto interior entre la conciencia y el yo (Ayuso y Saiz, 1981).

Algunos autores como Weinberg y cols., emplearon una lista de diez síntomas para fundamentar el diagnóstico de depresión en sus series infantiles. Para que un niño fuera incluido en esta categoría, se debía evidenciar abatimiento e ideas autodenigrantes, junto con por lo menos dos de los ocho síntomas siguientes: 1).- conducta agresiva, 2).- trastornos del sueño, 3).- modificación del rendimiento escolar, 4).- menor socialización, 5).- cambios en la actitud frente al estudio, 6).- síntomas somáticos, 7).- disminución de la energía habitual, y 8).- variaciones desacostumbradas en el apetito o en el peso (Arici y Bemporad, 1978).

Con respecto a los pensamientos sobre la propia muerte se dan en el niño varios tipos :

- A).- Ideas sobre la muerte como destino.
- B).- Fantasías sobre la muerte propia.
- C).- Evocación suspirosa de la muerte.
- D).- Deseos de muerte habituales o esporádicas.

En general los niños refieren a la muerte a partir de los cuatro o cinco años, pero el deseo de morir no se da en el niño sano y sí en el adulto. Los

niños deprimidos y suicidas tienden a ocultar sus deseos de muerte. Cuando verbalizan se le escucha insatisfechos, quejosos, incomprendidos o tratados injustamente, lo cual es indicativo de lo que este autor llama la insoportabilidad de la vida, ésta se atribuye a hechos externos aunque posteriormente se vive como vacío interno. La total falta de soportabilidad de la vida conduce al suicidio, y es independiente de la depresión. El suicidio en el niño es un acto impulsivo, más que frío y calculado (Cobo, 1992).

Toolan propuso de acuerdo con Lewis que el suicidio era una de las causas más frecuentes de muerte en niños y adolescentes, y que lamentablemente la mayor parte de las veces fueron confundidas con accidentes y junto con otros autores, coincidieron en que la conducta suicida en los niños no es un síntoma personal sino familiar (cit en Contreras, Gutiérrez y Lara, 1994).

No sólo el suicidio es un riesgo inherente a la depresión en etapas tempranas de la vida. En delinquentes juveniles es frecuente la presencia de psicopatología. En un estudio llevado a cabo por Myers y Col en 1990, se encontraron alteraciones de conducta en 100%, de ellos 87% tenía el antecedente de dependencia y abuso de drogas, los desordenes de ansiedad ocurrieron en 47%, y la depresión mayor se detectó en 67%" (cit en Contreras, Gutiérrez y Lara, 1994).

En general no queda claramente establecido si estos autores consideran dichos síntomas únicos como características esenciales que deben estar presentes para realizar el diagnóstico de síndrome depresivo o si los juzgan como características asociadas que pueden aparecer en niños que presentan trastornos depresivos (Cantwell y Carlson, 1983).

Cuadro 6 SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN NIÑOS

- Sombrios (4).
- Inexpresión facial (4).
- Falta de gracia y desgarbo en su motricidad (15)
- Monotonía en la expresión verbal (5).
- Ensimismado, absorto (15).
- Ideación obsesiva (15).
- Desesperanza y angustia que conducen a la desesperación (15).
- Riesgo de suicidio o traumatofilia (15).
- Bajo rendimiento escolar (5).
- Irritabilidad como defensa de la tristeza (15).
- Apatía:
 - a) Desmotivación (15)
 - b) Aburrimiento (15)
 - c) Abandono de intereses (27)
 - d) Falta de fuerzas (15)
 - e) Sentimiento de ser extraño (15)
 - f) Autocrítica y devaloración (15 y 3)
- Inhibición (5)
- Impulsivo/antisocial (5)
- Manifestaciones fóbico-obsesivas (5)
- Crisis de pavor nocturna (5)
- Culpabilidad e ideas de ruina no interiorizadas (5)
- Pensamientos acerca de la muerte (15):
 - Ocultan sus deseos de morir.
 - Insosportabilidad de la vida.
- El suicidio en el niño es un acto impulsivo (15)

El tercer punto de vista, aboga a favor de la "depresión enmascarada" o "el equivalente depresivo". Opinan que las características fundamentales del cuadro clínico depresivo aparece en los niños de una manera distinta a la de los adultos.

El niño encuentra más dificultades que el adulto para expresar verbalmente sus sentimientos. Esta dificultad en la comunicación afectiva justifica el predominio en los trastornos del humor de otros canales no verbales de la comunicación, vegetativos o conductuales.

La depresión infantil enmascarada se caracteriza por los trastornos en el comportamiento y equivalentes somáticos; y que a medida que el niño crece, aumentan los síntomas psíquicos y disminuyen los somáticos (Ayuso y Saiz, 1981).

El niño se expresa con el cuerpo muchos más que el adulto. Los primeros años porque apenas habla, pero incluso cuando hablen bien, su expresión sigue siendo muy corporal. Esto indica que el malestar psíquico va a aparecer a los ojos de los demás como malestar físico (Avellanosa, 1988).

Es posible que el niño sienta tristeza si se le obliga a hacer frente a su situación tal como es en realidad. Pero librado a sus propios recursos, puede encontrar el modo de negarse, utilizando a veces defensas para evitar el doloroso enfrentamiento. Entre las maniobras defensivas empleadas en estos casos se han mencionado las actitudes hipomaniacas, la hiperactividad, la delincuencia y ciertos síntomas somáticos (Arieti y Bemporad, 1978).

Christ y Col. en 1981 exploraron los síntomas clásicos y enmascarados de la depresión. La población estudiada abarcó 10,412 niñas adolescentes admitidas en un hospital psiquiátrico en un período de 20 años. Un 8% fue diagnosticado como depresión y los síntomas considerados como "enmascarados" incluyeron agresividad notable, comportamiento incontrolable o ideseable a la comunidad, la casa o la escuela (cit en Contreras, Gutiérrez y Lara, 1994).

La existencia de trastorno alimentario (especialmente la falta de apetito) aún más si se acompaña de pérdida de peso constituye un indicador de gravedad en la depresión infantil. La bulimia y la obesidad tienen a enmascarar la depresión.

Con respecto a los trastornos del sueño, es importante determinar a partir de cuando empezó a cambiar el sueño del menor, pues ello permitirá localizar el inicio de la patología. El sueño deja de ser reposante, el niño se muestra amodorrado. Es también frecuente la hipersomnia. En los niños pequeños suele prevalecer el insomnio y los miedos nocturnos, en los púberes tanto insomnio como hipersomnia y en los adolescentes el exceso de sueño. Los síntomas somáticos que se observan con mayor frecuencia en los niños son: cefaleas, mareos, temblores generalmente en las extremidades, enuresis y dolores abdominales (Cobo, 1992).

Según los autores que están de acuerdo con esta idea, denotan la presencia de conductas como hiperactividad, enuresis, trastornos del aprendizaje y quejas somáticas atribuibles a un trastorno depresivo subyacente.

Estas y otras conductas citadas por diversos autores como máscara de la depresión, engloban toda la psicopatología infantil, no queda claro como estas conductas se relacionan con el estado de ánimo deprimido no manifestado, tampoco está resuelto en que criterio se debe basar la decisión de considerar o no los trastornos de conducta de un niño como conductas que están enmascarando una depresión (Cantwell y Carlson, 1983).

Los autores que defienden la cuarta posición piensan que es posible encontrar similitudes y diferencias entre el cuadro clínico de la depresión infantil y adulta.

El carácter ilimitado en el tiempo de la depresión mayor en ambos grupos de edad, la existencia de recaídas y sobre todo, la asociación con otros cuadros, especialmente los trastornos de ansiedad, verificado en los estudios de Kovacs y cols., la comunidad de respuesta terapéutica, la medicación antidepresiva estudiada por Puig Antich, los marcadores biológicos útiles para el diagnóstico de la depresión tanto en niños como en adultos indicado por Trad son algunas de las semejanzas (cit en Ruiloba y Gastó, 1990). Además en la medida que el niño avanza en su desarrollo, se constata un aumento en los síntomas psíquicos propios del adulto y una disminución de las características psicomáticas de la depresión infantil (Ayuso y Saíz, 1981).

Notablemente, existe una continuidad entre las alteraciones afectivas que se presentan en la infancia con lo que ocurre en los adultos. Harrington y col., (1990), señalan que quienes fueron deprimidos cuando niños suelen requerir atención hospitalaria por problemas afectivos al llegar a la etapa adulta (cit en Contreras, Gutiérrez y Lara, 1994).

Kashani y Col en 1989 describieron los síntomas depresivos en tres grupos de edades : 8, 12 y 17 años, en una muestra que constó de 210 niños y adolescentes que asistían a escuelas públicas. Algunos síntomas decrecieron en frecuencia conforme aumentaba la edad; estos fueron : no prestar atención a las cosas usuales, quejas somáticas (dolores de estómago), pesadillas, pensamientos negativos de impotencia para conseguir más que los otros y no intentar lograr algo por pensar que es imposible o inútil hacerlo. Por el contrario algunos síntomas se incrementaron con la edad, como fueron sentir más cansancio que antes, no prestar importancia a las amenazas de daño físico, agitación o hiperactividad al estar triste, irritabilidad, desagrado por salir a jugar, carecer de energía, sentirse muy aburrido y tener pensamientos confusos o poco claros con respecto al futuro. Los puntajes de ansiedad también decrecieron conforme la edad se incrementaba. Por último, los niños mayores lloraban con menos frecuencia y tenían una actitud culpable y autopunitiva, misma que se hace mayor conforme el niño se acercaba a la adolescencia" (cit en Contreras, Gutiérrez y Lara, 1994).

Por otra parte, sería importante mencionar algunas de las diferencias entre ambos grupos tales como: que la duración media de los distintos trastornos afectivos infantiles y en adolescentes es superior a la hallada en adultos en el estudio realizado por Kovacs, Carlson y Strober encontraron en los adolescentes menos insomnio terminal y más actos suicidas, junto con menos anorexia y grupos somáticos que en los depresivos adultos (cit. en Ruiloba y Gastó, 1990).

En la adolescencia, si bien existe una mayor semejanza con las depresiones del adulto que en las etapas anteriores, no se pueden aplicar para su análisis e interpretación las referencias de los trastornos de humor de la edad adulta (Ayuso y Saiz, 1981).

Causas de la Depresión Infantil. -

La escuela europea de la psiquiatría evolutiva sitúa la depresión infantil en el contexto de la génesis y evolución de los sentimientos y de la afectividad en los niños. Considera que la depresión no surge y cursa porque sí, ni incluso como enfermedad biológica, sino que se expresa en el desarrollo de la persona (Cobo, 1992).

El cuadro clínico de la depresión en los bebés se caracteriza por una gran apatía, ausencia de vivacidad e inapetencia alimentaria. Se produce en los primeros meses de la vida y tiene su origen en que al niño no le llegan los estímulos afectivos que necesita ya sea por una carencia real o porque él mismo tenga una incapacidad para recibir o apreciar ese afecto (Cobo, 1992).

La depresión en los bebés puede presentarse de las siguientes formas (Cobo, 1992):

1).- Síndrome de hospitalismo:

Se refiere a las fases por las que atraviesa un pequeñito ante la ausencia de la madre dadora de afecto. En primera instancia el niño grita desesperadamente como manifestación de protesta ante su ansiedad y miedo, poco a poco llega el agotamiento físico y con él, el retraimiento, rechaza el contacto, inmóvil, inanimado, duerme poco, aletargado, ausente; si continua esta situación, se deteriora totalmente, cae en un estado de consumación física y psíquica que puede conducir a la muerte.

2).- Depresión anaclítica:

Ocurre en el primer año de vida debido a una privación súbita de afecto que interfiere en su desarrollo madurativo e intelectual, lo bloquea, lo marca o lo detiene si es prolongada. La carencia puede producirse por el descuido e incluso maltrato por la madre, o bien porque ésta de repente se ve en la imposibilidad de atender a su hijo. El fallo también puede deberse a la incapacidad de satisfacción del niño por exigencias aumentadas o por dificultad receptiva. Esta depresión se caracteriza por: ausencia de manifestaciones afectivas, pasividad, escasa movilidad del tronco y extremidades, aunque pies y manos se retuercen con ansiedad y/o movimientos repetitivos sin intención comunicativa, trastornos psicósomáticos. Se encuentran las siguientes variedades en la depresión anaclítica:

a).- Variedad disfórica o irritable.

Predomina la insatisfacción y la incapacidad de ser saciado.

b).- Variedad apática o indiferente.

Al niño le dá igual todo, no reacciona ante los estímulos, no le interesa nada, está cansado, distante ausente.

c).- Variedad regresiva.

El bebé pierde adquisiciones conductuales - intelectuales - emotivas que acababa de adquirir.

d).- Variedad agresiva.

Se presenta cuando el niño de manera inconsciente aprende a sacudir a su madre con comportamientos extremos, que la obligan a responder. Se da en hijos de madres que han enfermado de depresión o que están en situación de duelo.

3).- Depresión deficitaria:

En los niños abandonados en las instituciones sociales se encuentran alteraciones en la conducta afecto-social, aprendizaje, autoestimulación - agresión, tardanza en el control de esfínteres.

4).- Depresión esencial:

Se refiere a la presencia de síntomas sin que se compruebe ninguna circunstancia que lo haya originado.

5).- Anorexia funcional y nerviosa:

Se da en dos formas: una por oposición a la comida en la que se establece una competencia con la madre y en la segunda el bebé carece de apetito y el vómito es pasivo.

La depresión en el niño escolar (6 a 11 años), cuando no es tan intensa puede presentarse con ciertas características parecidas a las del adulto, lo que hace pensar en tres tipos : a) depresión enmascarada (cuando la depresión no se revela en forma clara), b) equivalente depresivo (ciertos síntomas aprovechan para manifestarse pretexto de la depresión, c) depresión latente (cuando la depresión no termina de emerger, los síntomas son discretos). En el adolescente, según avanza en la edad suele parecerse más al cuadro típico del adulto (Cobo, 1992).

A continuación se describen algunas circunstancias que pueden propiciar la aparición de un síndrome depresivo en los niños. Considerando que la depresión es un trastorno de origen multicausal se aprecian factores de tipo psicológico, genético y social.

Acerca de la etiología de orden psicológico, de la depresión en la infancia se plantea que la madre enseña al niño a sufrir frustraciones, a percibir bajo una tensión la diferencia entre pérdida e ilusión. En la depresión o en los momentos depresivos en la infancia esta función materna falla o desfallece y se

desarticula esta dialéctica separación-alineación en la constitución del deseo y lo que se exterioriza es la dependencia en su lado de exceso. La expresión clínica de la depresión es una caricatura agrandada del reclamo y del señalar al otro su rol fallido, señalándole en su función carente, con la exigencia del cuidado. (Casas, 1988).

Para que exista depresión en el niño este debe haber conseguido la función psíquica de la tristeza, la cual se origina entre los dos y cinco años de edad. La tristeza surge cuando el niño siente que es la misma persona la que al mismo tiempo ama y hace daño (mamá) esto le produce una tremenda decepción, amargura y sufrimiento. La lágrima es el indicativo de esta pena, diferente del llanto que es la burda señal de una necesidad material. El niño descubre, que es inevitable el dolor y que le toca vivirlo personalmente y que su madre no puede evitar hacerle daño aunque lo ame (Cobo, 1992).

Spitz considera que la pérdida completa de la madre en la segunda mitad del primer año, sin que haya quien proporcione los cuidados maternos, culmina en el síndrome de depresión anaclítica (cit en Lewis, 1984).

En cuanto al impacto del ámbito familiar, Del Barrio (1988), encuentra que el grupo familiar es el primer agente de socialización del niño, influyendo de manera decisiva en el desarrollo de su estabilidad emocional, constituyendo a su vez, un elemento clave en la configuración de la depresión infantil (cit en Frias, Macstre, Del Barrio y Garcia-Ros, 1992).

La aparición de un acontecimiento o evento estresante en la familia puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia del pensamientos y sentimientos depresivos en el niño. La ansiedad que suele acompañar a estos acontecimientos puede hundir al sujeto en un estado de indefensión y desvalimiento (Cammer, 1985).

La familia constituye un ambiente especialmente importante, tanto por las influencias que tienen en el comportamiento infantil, como por el conjunto de relaciones que en ellos se configuran, por lo que cualquier pequeño conflicto que se suscite en su seno, incidirá en la conducta del niño (Polaino, 1985).

Así, por ejemplo, la presencia de algún trastorno afectivo en cualquiera de los padres, influye en el establecimiento de relaciones patológicas con el niño, caracterizadas éstas por rechazo, hostilidad, ambivalencia o maltrato. Los trastornos debido a alteraciones de la personalidad o del carácter en las figuras parentales, pueden provocar en los niños trastornos psicóticos de índole depresivo (Calderón, 1984; Ruiloba y Gastó, 1990).

Otra circunstancia que facilita la aparición de la depresión son las enfermedades que requieren de hospitalización, que inmovilicen al paciente, que producen dolor o desfiguración, determinarán depresiones, generalmente transitorias. Las enfermedades incapacitantes crónicas tales como parálisis, insuficiencia renal, alergias severas, padecimientos cardíacos, determinan depresivos sencillos o múltiples, dependiendo de la propia personalidad, apoyo familiar y sustrato biológico. Las enfermedades incapacitantes en los padres, determinan cuadros depresivos en los niños (Calderón, 1984).

Emery (1982) y Mc Dermott (1970) han encontrado una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de problemas en los hijos, tales como la depresión (cit en Frías, et al, 1992).

De esta manera de los 100 menores deprimidos estudiados por Nissen en 1971 en el 23.8% existieron disputas familiares, en el 21.3% existió inestabilidad de la convivencia familiar, en el 21.3% habían perdido a uno de sus padres o bien se habían separado o divorciado y el 58% pertenecían a familias rotas, rasgos que describen lo insatisfactorio del ambiente familiar en que los niños crecieron. El carácter autoritario o permisivo de los padres, también parece tener importancia en la incidencia de depresión. El comportamiento autoritario de los padres, cuyo hijo padece depresión (61

niños), es mucho más frecuente que el comportamiento permisivo (29 niños), siendo la sintomatología depresiva mucho más intensa en los primeros (Polaino, 1985).

En el estudio realizado por Frías, et al. (1992), se demuestra que el entorno familiar destaca como variable importante en el desarrollo emocional y afectivo de 1,286 niños escolares. El tamaño familiar operacionalizado como número de hermanos resulta estadísticamente significativo en relación a la sintomatología depresiva. El pertenecer a familias de cuatro hermanos o más repercute negativamente en la estabilidad emocional de sus miembros. La variable fratría o lugar que ocupa el niño en el grupo de hermanos también se destaca como importante en relación a la sintomatología depresiva. Los hijos primogénitos fueron los que menor sintomatología depresiva presentan y los que ocupan la posición intermedia en el grupo de hermanos poseen mayor número de síntomas depresivos, las diferencias no son estadísticamente significativas en relación a ocupar el puesto intermedio o el último. A nivel estadístico no existen diferencias entre pertenecer a una familia intacta o a una familia monoparental. Sin embargo, sí se observa que los niños de familias intactas presentaban menor número de síntomas depresivos, seguidos de los hijos de padres separados y de los de familias en las que ha fallecido uno de los cónyuges.

En el estudio realizado por Brown, se reporta un incidencia significativamente mayor de pérdida y/o separación de los padres durante la infancia en el grupo de los enfermos deprimidos, en relación con el grupo de no deprimidos (cit en Calderón, 1984).

Se sabe muy poco sobre el peso relativo que desempeñan los factores genéticos en el síndrome de trastorno afectivo en la infancia, en comparación con los datos de que se disponen en lo que a adultos se refiere. En la actualidad, sólo se dispone de los estudios de familias y de alto riesgo que indican que hay factores genéticos que están actuando en el síndrome de trastorno afectivo de la infancia. Hasta la fecha no hay estudios de gemelas o de familias de gemelas, ni tampoco estudios de adopción o de segregación y

ligamento (Cantwell y Carlson, 1983). También es importante considerar algunos marcadores de desventaja social, como bajo nivel socio-económico, pobreza, ser negro en un medio predominantemente blanco, etc (Ruiloba y Gastó, 1990).

Cuadro 7 CAUSAS DE LA DEPRESION INFANTIL

- **Escuela europea de la psiquiatría evolutiva (15).**

Considera a la depresión dentro del desarrollo afectivo en los niños. En los primeros años de vida tiene su origen en que al niño no le llegan los estímulos afectivos que necesita. Puede presentarse:

 - 1) Síndrome de hospitalismo
 - 2) Depresión anaclítica.
 - a) Disfórica o inestable.
 - b) Apática o indiferente.
 - c) Regresiva
 - d) Agresiva.
 - 3) Depresión deficitaria
 - 4) Depresión esencial
 - 5) Anorexia funcional o nerviosa.
- **El enfoque psicoanalítico (12).**

Situa el origen de la depresión en la función fallida de la madre al enseñarle al niño a sufrir frustraciones.
- **Varios autores coinciden en considerar que la familia es un elemento clave en la configuración de la depresión infantil. Mencionan algunos factores de influencia para su aparición:**
 - Trastornos afectivos en cualquiera de los padres (9,51).
 - Enfermedades que requieren hospitalización (9).
 - Enfermedades dolorosas o incapacitantes en el menor o sus padres (9).
 - Inestabilidad o discordia intrafamiliar (46,25,10).
 - La pérdida de algún padre (46,9).
 - El carácter autoritario o permisivo de los padres (46).
 - El tamaño familiar (25).
 - El lugar que ocupa en la familia (25).
 - Desventaja social (51).

II.4. ANTECEDENTES HISTORICOS DEL MALTRATO AL MENOR Y DEFINICION DEL SINDROME DE MALTRATO

Históricamente han existido diversas prácticas o tradiciones en que la crueldad, el maltrato y/o abuso a los menores, están justificados plenamente por la religión o la cultura; siendo difícil por tanto situar el límite entre el maltrato y la corrección educativa en la infancia; ubicar donde terminan los derechos de los padres para educar a sus hijos y donde comienzan los derechos de los propios hijos para ser reconocidos como sujetos con deseos diferentes a los de sus padres. Incluso el concepto del niño ha variado a lo largo del tiempo en relación con su valía, derechos, roles, etc. (Fernández y Pedreira, 1991).

Así tenemos que Aristóteles (s. IV A. C.) expresaba que un hijo o un esclavo eran propiedad de los padres y como tales, todo era permitido, hasta lo injusto (Osorio, 1981), tanto en Grecia, Roma y otras civilizaciones, el padre podía vender o matar a su hijo. Desde siglos antes de Cristo se narra que el maltrato infantil se presentaba en diversas civilizaciones y en distintas formas, considerándose como algo común. Lloyd de Mause (Maher, 1990), describe la probable evolución de los modos de crianza infantil durante los últimos dos mil años.

Nombra al modo infanticida desarrollado en el siglo IV D. C., como el período en que los niños eran por completo sacrificables. El infanticidio se consideraba como una forma de eliminar a todos aquellos pequeños que nacían con defectos físicos sobre todo los pertenecientes a la realeza (Marcovich, 1978). En la ciudad de Esparta se arrojaba de la cima del "Taigeto" a los pequeños, viejos y deformes. También es importante recordar la matanza de neonatos por Herodes. Se consideraban totalmente comunes y justificables ciertas creencias religiosas, en donde los niños eran sacrificados por sus padres ante los altares de Diana (Maher, 1990).

Lloyd de Mause ubica el **modo de abandono** (siglos IV-XII) en la Edad Media donde apenas se empezaba a considerar que los niños tenían alma y se comenzaban a ver las diferencias con los adultos. Esto en ocasiones funcionaba en forma muy primitiva, de tal manera que se provocaban sentimientos de ambivalencia en los niños. San Agustín describe niños que están bajo poderes malignos o del demonio, motivo por el cual se realizaba como común el abandono físico de niños en conventos, las palizas constantes por las monjas, así como el atarlos para contener y reprimir instintos malignos; todo ésto considerado necesario, puesto que se creía que la maldad era inherente al infante (Maher, 1990).

En el período del **modo ambivalente** (siglos XVI - XVII) clasificado por De Mause, comienzan a ser evidentes los intentos por relacionarse padres e hijos. Según De Mause en ese entonces existían varios manuales de crianza infantil, presentándose como el método para moldear la conducta infantil, tanto física como emocionalmente a semejanza de sus padres (Maher, 1990).

El **modo de intromisión** se desarrolla en el siglo XVIII, y se describe como un período de intromisión de los padres a los hijos, en sus necesidades, en su mente, en su ira, en sus hábitos de masturbación, su voluntad, etc. Aquí los niños que estaban bajo la crianza de sus padres, solo servían para hacer rezos con ellos, más no para jugar con sus padres, se les pegaba y se les castigaba con amenazas. En este período se da comienzo a la pediatría y al cuidado de la salud infantil (Maher, 1990).

En los siglos del XIX al XX se desarrolla el **modo de socialización**, donde se trata de orientar a los niños hacia los patrones de comportamiento socialmente aceptados y por tanto, el interés por estudiar y hacer investigaciones sobre el maltrato infantil toma auge (Maher, 1990).

Por último señala al **modo de ayuda** (mediados de siglo XX) con un enfoque de cooperación entre el padre y el niño en la práctica de crianza (Maher, 1990).

Entonces vemos que en diversas culturas, civilizaciones y distintas situaciones, los niños podían ser vendidos como esclavos, utilizándolos como un medio de obtener ganancias, o bien los explotaban como mano de obra barata. Es decir, tanto el concepto, como el trato o método de criar a un niño han cambiado históricamente y han, en algún momento, justificado socialmente al maltrato.

Sin embargo, Kempe dice que esto no significa que no hubiese padres que dieran la atención debida a sus hijos, aunque creencias muy difundidas, permitían la variedad de prácticas que en la actualidad se calificarían como de maltrato hacia el niño y señala que incluso padres cariñosos se hallaban influenciados por ellas (Kempe, 1971). Así mismo existían métodos educativos distintos a los actuales con lo que crecieron nuestros padres conocido como "pedagogía negra" (Miller, 1980).

El infanticidio no era sólo una amenaza en las familias reales, sino que era aceptado en diversas culturas como medio para controlar el aumento de la población y también eliminar niños con defectos congénitos. También es admitida la mutilación de niños como hábito en épocas lejanas.

Como ejemplos tenemos los deformantes vendajes que desfiguraban los pies de las niñas chinas, así como también las deformaciones realizadas en los cráneos de algunas tribus indias (Kempe y Kempe, 1979).

Es importante señalar que la incuria y la ignorancia de las necesidades físicas y emocionales de los niños, formaban la base para los malos tratos a los infantes y han sobrevivido hasta la actualidad, virtualmente sin modificaciones. Debido a que persisten dos creencias: los niños son considerados como propiedad de sus padres, admitiéndose que éstos tienen todo el derecho para tratarlos como crean conveniente, ya que los hijos quedan bajo la responsabilidad de sus padres y durante muchos siglos, el trato riguroso se justificaba por la creencia de que los castigos físicos severos son necesarios

para mantener la disciplina, inculcar decisiones educativas y eliminar a los malos espíritus (Kempe y Kempe, 1979).

Para Fontana (1979) el uso de cierta medida de fuerza física en la educación de los niños procede no tanto del deseo de disciplina como el de mostrar quien manda a quién, del concepto de los mayores de que los hijos son propiedad de los padres para que hagan con ellos lo que quieran.

Según Osorio (1981) tuvo que pasar mucho tiempo para que se pusiera atención a este problema y no fue sino hasta 1946 cuando el pediatra y radiólogo estadounidense J. Caffey dió a la publicidad una investigación relativa a sus lactantes y niños pequeños en quienes apreció un síndrome que presentaba hematoma subdural y fracturas múltiples de los huesos largos, en ocasiones con lesiones epifisarias. El médico concibió la posibilidad de que tales lesiones tuviesen un origen traumático que, en todo caso, se había ocultado.

Hacia el año de 1953 el J. N. Silverman determinó la causa traumática en casos similares. En 1955, P. V. Woolley Jr. y W. A. Levans, habían apuntado que en tales casos el origen era traumático e intencional. En 1957 y 1965, Caffey manifestó afirmativamente en nuevas publicaciones que el origen de esas alteraciones de la salud se encontraba en traumatismos ocasionados por malos tratos (Osorio, 1981).

En 1968 Ambrosie Tardien, Catedrático de Medicina Legal de París, describe el síndrome de niños golpeados, basándose forzosamente en los hallazgos obtenidos de autopsias, describiendo los casos de 32 niños golpeados o quemados hasta el extremo de producirles la muerte (cit. en Kempe y Kempe, 1979).

En la actualidad todavía es posible encontrar algunas pautas de conducta ancestral en la educación, o bien, castigos actuales de diversos grupos

culturales. Así tenemos el caso de los grupos mazahuas, en los que al niño desobediente se le obliga a inclinar su cabeza sobre el humo de chiles tostados; o el infante hincado sobre corcholatas con los brazos en cruz, castigado por no saber la lección (Marcovich, 1978).

Por tanto es evidente que la existencia del maltrato infantil en distintas formas se ha presentado en diversas civilizaciones y épocas, sin importar niveles sociales y culturales.

Maier (1990), describe 3 niveles que pueden afectar las consideraciones culturales del intento por definir el maltrato y las negligencias infantiles :

- 1.- Costumbres que son aceptadas por una cultura, pero abusivas o negligentes para otra. Estas costumbres podrían incluir rudos ritos de iniciación que, por ejemplo, las operaciones genitales vistas como una "entrada" esencial a una cultura como adulto; o en la civilización occidental, prácticas como dejar que los niños lloren sin que se les atienda, hasta que llegue la hora correcta para darles sus alimentos.
- 2.- Los comportamientos definidos como abusivos por una sociedad en particular, tales como el abuso o el descuido idiosincrásico, que señalan un alejamiento de los comportamientos culturales normalmente tolerados.
- 3.- Abusos y descuido de la sociedad hacia los niños: pobreza, viviendas inadecuadas, nutrición deficiente, etc.

Conscientes de que el maltrato o abuso de infantes, se ha presentado en diversidad de épocas y formas, y además de originarse por distintas causas y/o justificaciones, Nimh señala que es necesario tener una adecuada definición de lo que se denomina maltrato infantil, para de esta forma tener una clara

distinción entre las formas aceptables del castigo y el maltrato infantil. Esto es primordial, ya que para los sistemas integrales que prestan sus servicios a familias con este problema, en la mayor parte de las sociedades poseen un marco legal para justificar la intervención social en casos de abuso o malos tratos, pero las leyes no especifican, en términos operativos, qué es o no aceptable (cit en Wolfe, Kaufman, Aragona y Sandler, 1991). Por lo que a continuación se presentan algunas definiciones del **síndrome del niño maltratado**.

Kempe, considerado universalmente como autoridad de primer orden en el estudio del abuso infantil, propone en 1962, la definición del síndrome de maltrato como "el uso de la fuerza física en forma intencional no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercida por parte de un padre o de otras personas responsables del cuidado del menor" (Kempe y Kempe, 1979, pp. 29).

Cirillo y Di Blasio entienden por maltrato a "los actos y las carencias que turban al niño, atentan su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral y cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones de orden físico y/o psíquico y/o sexual por parte de un familiar y otras personas que cuidan del niño. En 1979 se constituye en Milán, una asociación privada denominada Centro de Ayuda al Niño Maltratado y a la Familia en Crisis (ACAF) (Centro di aiuto al bambino maltrattato e alla famiglia in crisis), que tenía como fin institucional la prevención y la asistencia a los menores víctimas de violencias, de malos tratos o de abandono, así como también a las familias (Cirillo y Di Blasio, 1989, pp 17).

Para el Centro Internacional de la Infancia de París se define como malos tratos a la infancia a "Cualquier acto por acción u omisión realizado por

individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto o de su ausencia que priven a los niños la libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo deberán ser considerados como malos tratos de la infancia" (cit en Fernández, 1991, pp 12).

Por lo tanto y de acuerdo a Sullivan, el maltrato infantil no es un castigo estricto, una nalgada o manipulación brusca. Aunque nuestra cultura permíte el castigo corporal, éste, en y por sí mismo, no se considera maltrato infantil. El maltrato infantil ocurre cuando el castigo corporal ocasiona magulladuras u otras lesiones al niño o cuando el niño ha sido lesionado de una manera tan grave, que requiere de atención médica (Sullivan y Everstine, 1992).

Schmitt y Loy, en 1978, consideraron que las lesiones pueden clasificarse de leves (algunas magulladuras, verdugones, rasguños, cortaduras o cicatrices), moderadas (numerosas magulladuras, quemaduras menores o una fractura única) o graves (grandes quemaduras, lesiones del sistema nervioso central, lesiones abdominales, fracturas múltiples o cualquier lesión que ponga en peligro la vida). El maltrato infantil trasciende a la exaltación aguda, aunque temporal, de los sentimientos de ira que la mayoría de los adultos controla (Wolfe et al, 1991).

Es importante señalar que en las anteriores definiciones se delimita al maltrato como **aquellas manifestaciones que tengan como fin lesionar el orden físico, psíquico y/o sexual** por parte de algún familiar y otras personas responsables del menor. Por tanto, según Maher (1990) el maltrato infantil se divide en **físico, sexual y emocional**, considerando que esta clasificación más bien obedece a un orden práctico, más que a una sólida base clínica, todos los niños maltratados podrían considerarse emocionalmente maltratados, pero cuando el maltrato emocional ocurre en aislamiento, éste presenta mayor dificultad para identificarlo, ya que abunda en diagnósticos ambiguos y esto a

su vez, hace de la acción legal, algo complejo y contencioso Vale la pena definir cada tipo de maltrato para evitar confusiones:

Maltrato físico:

Todo niño que sufra de lesiones físicas no accidentales, sin evidencia de abuso sexual, pero con la inclusión de negligencia.

Abuso sexual:

Cualquier niño sujeto de acoso sexual por parte de una persona considerablemente mayor, adulto en general, con o sin evidencia de lesión física o sexual.

Maltrato emocional:

Un niño en quien exista la evidencia de desarrollo deficiente, ya sea físico, motriz o psicológico y en el que haya evidencia de tensión emocional como causa de éste.

Las siguientes dos definiciones del **Síndrome del Niño Maltratado (SNM)** incluyen todas las posibilidades y resultan ser muy completas:

Para Ruiz Taviel, el **SNM** es definido como "el conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuencia de la agresión directa, no accidental, de un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social" (cit en Marcovich, 1978, pp 55).

Osorio (1981 pp.12), define el **SNM** como "persona humana que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el

principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo tengan relación con ella (Minuchin, S y Fishman, H. 1993).

Cirillo y Di Blasio (1989), nos presentan otras clasificaciones del maltrato que son importantes mencionar :

Maltrato físico:

El menor es objeto de agresiones por parte de los familiares, con consecuencias físicas como lesiones cutáneas, oculares o viscerales, fracturas, quemaduras, lesiones permanentes hasta la muerte.

Abuso Sexual:

Por el que el menor se ve envuelto por parte de los familiares en actos sexuales que presuponen violencia o a los cuales no es capaz de consentir conscientemente.

Grave descuido:

Por el que el menor sufre los efectos de las omisiones o carencias de los familiares con respecto a las necesidades físicas o psíquicas (vestimenta inadecuada con referencia a las condiciones climáticas, negligencia higiénico-sanitaria o alimentaria, incumplimiento escolar, desnutrición, etc).

Maltrato psicológico:

Por el que el menor es víctima de una reiterada violencia verbal o de una presión psicológica tal que lo perjudica. (Entran en esta categoría todas aquellas situaciones de separación conflictiva donde los menores son abiertamente utilizados por los padres en su recíproca disputa, con evidentes y graves efectos en el equilibrio emotivo del niño).

11.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CAUSAS DEL SÍNDROME DE MALTRATO INFANTIL

Es difícil enlistar las características clínicas del niño maltratado, ya que no existen bases sólidas clínicamente definidas, a pesar de eso, Maher (1990), afirma que el desarrollo y crecimiento del niño, son un indicador sensible de su estado de salud, la falta de crecimiento es un síntoma que reconoce el pediatra y que tiene una serie de causas potenciales, una de las cuales es la crueldad.

De acuerdo a estudios realizados por Claussen y Crittenden (1991), señalan que el maltrato tiene consecuencias serias para el desarrollo del niño, la razón de estas consecuencias negativas aún no se comprende, pero se investigó la hipótesis de que el maltrato psicológico estaría presente en casi todos los casos de maltrato físico; y que éste puede estar más relacionado con resultados nocivos para los niños que la severidad de sus heridas.

Es en ocasiones tan difícil detectar una situación de maltrato psicológico que "cuando ocurre el maltrato emocional, el crecimiento subóptimo puede ser el único signo clínico de alteración" (Maher, 1990 p.p.75)..

De acuerdo a investigaciones realizadas por A. Loredó, Cornejo, Ulloa, Barragan, Carbajal y Villaseñor 1989, no es posible establecer con exactitud la causa del retardo en el crecimiento que presentan los niños con maltrato físico y/o de privación emocional. En este estudio se encontró que 11 de los pacientes con maltrato físico mostraron talla baja proporcionada sin alteración importante del peso corporal. La hormona de crecimiento en condiciones basales se encontró elevada en los pacientes maltratados comparados con un grupo

control. Es posible que la causa de retardo en el crecimiento y desarrollo en el niño maltratado sea por tanto, de origen multifactorial. Para este autor el niño maltratado manifiesta alteraciones endocrinas considerándose estas alteraciones posiblemente como consecuencias de un aporte nutricional deficiente, el cual es aún mayor en el subgrupo donde los niños que presentan, además de maltrato físico, deprivación emocional o afectiva.

En otros estudios realizados por Powel, Brasel y Blizzard (1967) también se sugiere la relación existente entre niños que sufren maltrato en cualesquiera de sus formas y cambios neuroendócrinos que expliquen en un momento dado la presencia de falla en el crecimiento.

Clínicamente un niño maltratado denota los siguientes síntomas según el tiempo en que ha sido sujeto de maltrato o abandono: desnutrición en grado variable, retraso psicomotor, hostilidad y llanto constante, o bien una indiferencia total al medio; en su piel pueden observarse cicatrices múltiples, ya sea de quemaduras por cigarrillos o por agua caliente, o incluso por objetos punzocortantes, igualmente zonas de deformidad por fracturas antiguas o recientes, mal estado de higiene, etc. (Marcovieli, 1978). Diversas investigaciones realizadas por Gaensbaver en 1979 y Rodeheffer en 1980 (cit en Cirillo y Di Blasio, 1979), señalan que los niños víctimas de violencia presentan tendencias depresivas, pasividad, ansiedad, dependencias, rabia y agresividad.

Según Maher (1990), el maltrato infantil incluye una serie de ofensas que van desde los extremos de la violación y el asesinato, hasta la más sutil e insidiosa negación de amor. Un niño que crece en un ambiente hostil, sin esperar nada, aprenderá a vivir dentro de estos límites y siempre adaptará su comportamiento de tal forma que no atraiga la más mínima agresividad, tratando de complacer a cualquier adulto para protegerse a sí mismo.

Cuadro 8 CARACTERISTICAS CLINICAS DEL NIÑO MALTRATADO

• Alteraciones neuroendocrinas que afectan el crecimiento normal (14, 35 y 48). Desnutrición en grado variable (38).	
• Retardo psicomotor (38).	
• Hostilidad y llanto constante (38).	
• Indiferencia total al medio (38 y 39).	
• Transtornos del desarrollo (14,35 y 48).	
• Aspecto (44) :	Triste Temeroso o asustadizo Descuidado.
• Cicatrices múltiples en la piel (38) :	Por quemadura de cigarrillo. Por quemadura de agua caliente Por objetos punzocortantes.
• Zonas de deformidad por fracturas antiguas o recientes (38).	
• Mal estado de higiene (38).	
• Trastornos de conducta (44) :	Micción involuntaria (44). Enuresis (44). Debilidad mental (44). Encefalopatías (44). Anemias agudas (44). Hiperactividad (30). Demasiada quietud (39).
• Insomnio (39).	
• Tendencias depresivas (13):	Poco expresivos tanto de sus sentimientos como del dolor físico (30). Generalmente se sienten poco satisfechos de sí mismos (30). Sumisión y aceptación de cuanto suceda (30). Pasividad y obediencia (30). Ansiedad (30). Dependencia (13). Rabia (13). Agresividad (13) y Negativismo (39). Ausencia de alegría y espontaneidad (30).

La presencia de malos tratos físicos y la negligencia implican cierto agravio emocional y en ocasiones los actos nocivos son sobre todo verbales, diciéndoles a los niños que son odiosos, antipáticos, etc., o haciéndoles sentir que son una carga, que no son deseados, puede ser incluso que ni siquiera le llamen por su nombre sino por un simple apodo insultante.(Maher, 1990).

En ocasiones los niños maltratados presentan un aspecto triste, indiferente, temeroso, asustadizo y descuidado; es notorio su mal estado en general como consecuencia de traumatismos y negligencias, tanto afectivas como alimentarias. Muestran trastornos de conductas tales como micción involuntaria o enuresis, debilidad mental, encefalopatías y anemias agudas. La proximidad de un adulto causa terror en el niño lo cual se observa en especial, cuando los niños maltratados son hospitalizados y un adulto se acerca a su cama, pues es frecuente que en su hogar sea golpeado en tales circunstancias (Osorio, 1981).

Otra destacada característica de los niños maltratados es la sumisión y aceptación de cuanto sucede, son pasivos y obedientes. Generalmente no expresan sus sentimientos, incluso ni el dolor físico. Son acentuadamente sensibles a la crítica y al rechazo, a la más mínima sugerencia de aceptación por parte de cualquier adulto reaccionan tratando de ser los más agradable posible (Kempe y Kempe, 1979).

No todos los niños que han sufrido de maltrato son dóciles y están ansiosos por agradar; tal vez una cuarta parte de los menores de edad son negativos, agresivos y generalmente hiperactivos, no pueden estarse quietos o prestar atención más que un instante (y se sospecha mayor incidencia en los mayores); siendo casi por completo incapaces de jugar aceptablemente con otros niños. Algunos de estos niños que se han tratado, son volubles de estado

de ánimo, en ocasiones se muestran cariñosos y dóciles, mientras que en otras son impulsivos y destructivos sin ninguna provocación aparente (Kempe y Kempe, 1979).

Los niños maltratados tienen gran dificultad para reconocer sus propios sentimientos y para hablar de ellos en especial, para comentar sus inclinaciones, sus simpatías, su soledad, su angustia y sus gustos. En pocos casos se permiten así mismos gozar y disfrutar, al igual que de reírse de ciertas bromas, generalmente se sienten poco satisfechos de sí mismos. Tal vez su tipo de conciencia es rígida y al mismo tiempo débil, presta atención a las formas de comportamiento, pero no a su significación moral. Los niños maltratados se preocupan demasiado por la mala imagen de sí mismos (Kempe y Kempe, 1979).

Para Mejía (1994), es necesario explorar los indicadores que se presentan en el comportamiento de los niños maltratados, tales como: angustia marcada ante el llanto de otros niños, agresividad y negativismo, miedo de ir a casa o a la escuela, miedo a los padres o a los adultos, demasiada movilidad, excesiva quietud, hábitos desordenados, tartamudeo, comerse la uñas, tics, hipocondría, miedos o fobias, falta de actividad exploratoria, rechazo a recibir ayuda, intentos de suicidio.

Causas del Síndrome del Niño Maltratado

En el campo de estudios acerca de la violencia familiar, Masson en 1981, pone en evidencia el hecho de que la desatención y el maltrato tengan origen en sistemas familiares en los cuales la parentificación de los hijos por parte de las familias de origen (primera generación: abuelos) no se agota con el matrimonio de los hijos, sino que continúa actuando activamente, estimulando en la segunda generación comportamientos inadecuados por parte de los padres. Esta comprobación confirmaría por otro lado la opinión consolidada por Cichetti y Goldwyn, que ven en el maltrato un fenómeno reiterativo que se desarrolla de generación en generación (ciclo intergeneracional de abusado -

abusador) y que justificadamente por ésto es necesario tratar de interrumpir (cit en Cirillo y Di Blasio, 1989).

Aunque no existe una correlación absoluta entre el tipo de maltrato ocurrido en la infancia y el maltrato expresado posteriormente en la vida adulta, parece existir una cierta tendencia hacia la repetición exacta directa. Las víctimas de castigos físicos más severos tienden a repetir severas zurras o azotes con cinturón que ellos sufrieron (Wolfe, et al 1991).

Lo mismo ocurre con padres negligentes, visto con frecuencia en casos de que hay fallos en progresar, esto es, las madres en particular parecen tener una mayor depresión, lo cual impide prestar atención al estado del infante y sus necesidades, al punto de no tener conocimiento de que el infante no está bien siendo probable que estas madres a su vez, hayan sido criadas por madres deprimidas que no las cuidaban, no las oían y no les daban atención (Brandt, 1984).

Los padres de niños maltratados generalmente relatan una historia contradictoria e incoherente que no explica la lesión o lesiones que presenta el niño. Se muestran reacios a dar la información solicitada. Se demoran injustificadamente para buscar atención médica y reflejan una actitud de descuido, desapego o excesivo mimo con el niño. (Mejia, 1994).

Existen diferentes perspectivas de investigación sobre el síndrome de maltrato, desde estudiar las características de comportamiento y de personalidad tanto de los padres que maltratan como de los niños víctimas de violencia, así como la de los estudiosos de la familia, preocupados sobre todo en recoger las reglas y las modalidades interactivas del grupo en su conjunto (Cirillo y Di Blasio, 1989).

El maltrato infantil es resultado no sólo de ciertas deficiencias ambientales que influyen en la estructura familiar, sino también de deficiencias

específicas tanto de los padres como del niño. Es frecuente que los padres que maltratan a los niños posean un conocimiento limitado de los comportamientos apropiados para la edad de sus hijos, así como una capacidad reducida para interactuar con ellos sin recurrir a la coerción. Estas deficiencias pueden vincularse con innumerables factores, por ejemplo, la propia historia familiar de los padres y la relación que ellos tuvieron con los suyos; influencias y actitudes culturales, conductas infantiles que no responde a castigos leves, etc. (Wolfe, et al 1991).

En general las causas del maltrato se centran en los padres o agresores, así tenemos que, se distinguen cuatro grupos distintos de rasgos de la personalidad de los agresores, que son descritos por Mierril (cit en Brakmin, 1974):

- 1).- **Hostilidad y agresividad**, la ira está mal dominada y puede dirigirse contra el mundo o a cierto objeto específico.

- 2).- **Rígidez, compulsión y falta de afecto, de razón y flexibilidad en su pensamiento y sus creencias**, son incapaces de experimentar o exhibir afecto y protección hacia sus hijos y creen que estos son en gran parte responsables de las dificultades de la familia.

- 3).- **Pasividad y dependencia** se muestran en mayor parte sin iniciativa, reticentes en la expresión de sus sentimientos, deseos y no agresivos, compiten con sus hijos por el afecto y la atención de sus cónyuges, la depresión es una parte frecuente de personalidad.

4).- Otra característica es la inmadurez emocional.

Según Mejía de (1994). señala como posibles factores de riesgo para el SNM (Marcovich, J. 1978):

-La historia de los padres en la que se manifiesta la deprivación psicoafectiva y/o el maltrato en la infancia.

-Percepción negativa del niño, siempre que el pequeño no cumple las expectativas, tanto físicas como emocionales.

-Crisis familiares

-Aislamiento de la familia de los sistemas de ayuda.

-El abuso del alcohol y la drogadicción

-Las familias en las cuales la violencia corporal es aceptada e incuestionada como práctica común y considerada como la forma de interacción y solución de los problemas.

-Enfermedades o deterioro en la salud física o mental.

-La maternidad o paternidad prematura.

-Incapacidad para conocer las necesidades de los niños y no son capaces de comprender las limitaciones de sus capacidades, de acuerdo a las etapas del desarrollo de los niños.

-Sistemas familiares en que los padres no rompen sus vínculos con sus familias de origen y los roles y relaciones son disfuncionales (Cirillo y Di Blasio, 1989).

CUADRO 9 POSIBLES FACTORES DE RIESGO PARA EL SINDROME
DEL NIÑO MALTRATADO.

- Historia de los padres (Infancia con SNM) (39, 13, 53).
- Percepción negativa del niño (39).
- Crisis Familiares (39).
- Aislamiento de la familia (39).
- Alcoholismo y drogadicción (39).
- Aceptación de la violencia corporal en el seno de la familia (39).
- Enfermedades en la salud física o mental (39).
- Paternidad o maternidad prematura (39).
- Desconocimiento de las capacidades y necesidades del niño (8 Y 39).
- Sistemas familiares disfuncionales (13).
- Padres que continúan con sus vínculos familiares de origen y que son disfuncionales (13).
- Inmadurez emocional (8).
- Relaciones maritales y familiares insatisfactorias. (37).

II.6. INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE MALTRATO INFANTIL

Existen pocos datos estadísticos que nos den cifras exactas sobre el índice de la frecuencia del síndrome de maltrato infantil. (Kempe y Kempe, 1979) considera que este desconocimiento, se debe a que en diversas partes del mundo se realizan pocas investigaciones, y en la mayoría ocultan la existencia de esta problemática. En un centro dedicado a la prevención del abuso infantil, en los Estados Unidos, se reporta que cuatro mil niños mueren al año por esta causa. En el National Center, de Washington D. C., se señala que un millón de niños son maltratados cada año por sus padres, y de éstos, 200 mil son explotados y de 200 a 300 mil, dañados psicológicamente (Loredo, 1990).

Marcovich (1978), es quien nos hace la primera llamada de atención a este problema, y realmente los pocos estudios que se han realizado en México, no nos permiten conocer cifras exactas; pero la suma de los casos de maltrato físico, más los niños que sólo presentan depravación emocional, más el número creciente de pacientes que han sufrido alguna forma de abuso sexual, nos permite establecer una realidad conocida y progresiva. Son también conocidos como pioneros en estudios de maltrato a Espinosa y Rojas, quienes describen aspectos médicos, psicológicos y radiológicos. En 1983, se realiza por primera vez en el Departamento de Medicina Interna del INP, la revisión de 13 años de experiencia de pacientes con este diagnóstico, encontrándose inicialmente 36 casos (Ruiloba y Gastó, 1990).

En México se estima que la edad de los niños maltratados y deprimidos es menor de los cuatro años, y en Estados Unidos corresponde a menores de dos años. Marcovich señala que el 40% es en los menores de tres años y el 23.3% en niños de cuatro a seis años. En el Instituto Nacional de Pediatría se ha podido establecer que los lactantes y preescolares sufren con más frecuencia de maltrato físico que niños de otras edades. Sin embargo, cuando existe abuso sexual, las edades son mayores: 6.5 años para los varones y ocho años para las

mujeres, en nuestra sociedad, reportándose un mayor número de mujeres (Loredo, 1990).

Una de las investigaciones más completas realizadas en México a través del Desarrollo Integral de la Familia (1985), durante el periodo de mayo de 1982 a marzo de 1983, en donde se recopilaron un total de 834 denuncias de maltrato infantil, y de estas denuncias se encontraron diversos datos específicos con respecto al SNM.

De las 834 denuncias estudiadas, se encontró que el 66.78 por ciento correspondía por autodeterminación, el 23.02 por ciento a institucionales, el 8.27 por ciento a las de carácter anónimo y el 1.9 por ciento a otros.

En cuanto a la forma de presentar la denuncia, se constató que el 71 por ciento fue a través de llamadas telefónicas, el 25.3 por ciento por acusación personal, consistentes en que familiares, amigos, vecinos o representantes de alguna institución denuncien el caso, también se reciben cartas, telegramas y oficios que constituyen el 1.9 por ciento.

Referente al sexo del menor, un 47.5 por ciento fueron niños y un 45.60 por ciento niñas. Asimismo, en un 6.9 por ciento de las denuncias se obtuvo una información incompleta debido a que el denunciante no lo proporcionó.

Con respecto a la edad de los menores, el maltrato se presenta en edades que van de los 0 a los 14 años en el 23.99 por ciento de los casos, de 5 a 9 años en el 35.77 por ciento, de 10 a 14 años en el 23.92 por ciento y apenas un 3.37 por ciento en mayores de quince años, en 12.95 por ciento el denunciante no proporcionó datos.

En la condición física del menor, se presentaron lesiones en un 7.39 por ciento de los casos estudiados, llagas en 1.17 por ciento (ocasionadas por quemaduras), un 22 por ciento que abarca otras, incluyendo violación y mutilaciones, moretones en el 13.31 por ciento y 77.91 por ciento de otros.

En las particularidades del agresor y su parentesco, se detectó que el agresor era el padre en un 24 por ciento de los casos, la madre en un 44 por ciento, el padrastro en un 5 por ciento, la madrastra en un 3 por ciento, otro en un 18 por ciento y en el 6 por ciento de los casos, el denunciante no proporcionó información completa.

En el tipo de agresión, se observó que de las 834 denuncias, se constató que el 79 por ciento había recibido golpes, el 43 por ciento insultos, el 26 por ciento otros, el 6 por ciento presentaba quemaduras y el 2 por ciento el denunciante no proporcionó el dato.

De las denuncias recibidas por Delegación Política, se recibieron de la Delegación Cuauhtémoc un 15 por ciento, Iztapalapa el 12 por ciento, el 73 por ciento correspondió a otras Delegaciones y un 6 por ciento lo ocupó el Estado de México.

De acuerdo con los resultados de los expedientes, se observó que las características de las familias, son que un 11.01 por ciento eran familias integradas, el 34.80 por ciento desintegradas, el 2.64 por ciento organizadas, el 32.59 por ciento desorganizadas, mientras que el 18.94 por ciento eran familias extensas. Con respecto a el total de miembros integrantes de la familia, se detectó que las familias integradas de 2 a 4 miembros ocuparon un 44.49 por ciento, tocándole el 38.76 por ciento a las que estaban constituidas de 5 a 7 personas, un 13.21 por ciento de 8 a 10 y un 2.20 por ciento más de 11, en el 1.32 por ciento la familia no proporcionó el dato.

El estado civil de los progenitores de un 1.32 por ciento eran divorciados, el 3.52 por ciento viudo, vivían en concubinato el 7.04 por ciento, unión libre el 40.96 por ciento, estaban casados el 42.73 por ciento y un 4.40 por ciento no responde el entrevistado.

En el parentesco entre los progenitores, se observó que el 0.88 por ciento era parentesco consanguíneo, el 96.06 por ciento no tenían parentesco y el 3.08 por ciento no responde el entrevistado.

Se detectó que las características de la zona en donde se ubica la vivienda, son que en un 66.52 por ciento de los casos, la vivienda se ubica en zona urbana, el 30.39 por ciento en suburbanas y en un 3.08 por ciento rural.

Y el tipo de vivienda resultó ser casa en un 17.62 por ciento, casa unifamiliar en un 8.81 por ciento, vivienda proletaria en el 7.93 por ciento, departamento en el 22.91 por ciento, vecindad en el 34.36 por ciento, tugurio en el 1.32 por ciento, un hotel 0.44 por ciento y en el 3.52 por ciento era cuarto redondo.

Se reporta que el número de cuartos en donde habita la familia, era que en el 22.90 por ciento vivía en una habitación, el 14.54 por ciento en dos, el 17.62 por ciento en tres, el 14.09 por ciento en cuatro, el 12.33 por ciento en cinco, el 7.93 por ciento en seis, el 1.32 por ciento en ocho, el 1.76 por ciento en nueve, el 1.32 por ciento en diez, un 2.65 por ciento en once habitaciones.

De acuerdo al mobiliario de la vivienda donde habita la familia, se encontró que era completo en el 46.25 por ciento, incompleto en el 44.93 por ciento, necesario en el 5.73 por ciento, no se tuvo acceso al domicilio en el 3.08 por ciento.

Con respecto a la higiene de la vivienda, en el 20.70 por ciento se presentó que la higiene de la vivienda era buena, 43.63 por ciento regular, 25.11 por ciento mala, el 10.57 por ciento no se tuvo acceso al domicilio.

El ingreso familiar donde inciden la mayor parte de las familias es en el de \$16,000.00 pesos mensuales, el 18.38 por ciento ganaba más de \$ 16,001.00 pesos al mes.

En cuanto a la edad y el sexo del menor maltrato, se presentó un total de 49.04 por ciento de hombres y un 50.92 por ciento de mujeres, predominando entre ellas las edades que van de 0 a 9 años, significando un 76.35 por ciento, le siguen las de 10 a 14 años con 26.75 por ciento y un escaso 5.16 por ciento de 15 a más.

Se notificó que la escolaridad del menor maltratado, era que en un 23.23 por ciento los menores resultaron sin edad escolar, en un 2.58 por ciento era analfabeta, un 1.64 por ciento con jardín de niños, el 54.46 por ciento con primaria, el 6.10 con estudios de secundaria, 0.46 por ciento de preparatoria, sin escolaridad el 10.56 por ciento, en el 0.93 por ciento el entrevistado no lo proporcionó.

Respecto al orden de nacimiento del menor, el 42.25 por ciento correspondió al primogénito, un 29.18 por ciento al segundo de nacimiento, el 12.20 por ciento al tercero, el 7.27 por ciento al cuarto, 3.05 por ciento al quinto, 1.40 por ciento al sexto, 0.70 por ciento al séptimo, 0.46 por ciento al octavo, 0.46 por ciento al décimo y se presentó un 1.87 por ciento en que el entrevistado no proporcionó el dato.

Del tipo de agresión, se detectó que los principales problemas que presentaban los menores maltratados atendidos en este programa, son golpes por parte de los agresores en un 71.36 por ciento, reciben insultos un 23.34 por ciento y sufren quemaduras en un 5.28 por ciento.

Los datos obtenidos con respecto a los factores predisponentes del agresor, indicaron que los principales problemas que presentaban los agresores atendidos en el programa de PREMAN son problemas emocionales en un 51.98 por ciento, alcoholismo en un 19.82 por ciento, farmacodependencia en un 2.64 por ciento, abandono de menores 5.72 por ciento, explotación de menores 1.32 por ciento, problemas mentales 1.32 por ciento, prostitución 2.64 por ciento, desempleo 1.32 por ciento, violación 0.44 por ciento, desintegración familiar 7.92 por ciento, negligencia en el cuidado de los hijos 3.08 por ciento, problemas de comunicación 23.78 por ciento.

De la edad, sexo y parentesco del agresor, se señala que los padres y madres de 17 a 20 años constituyen 1.98 por ciento, de los casos de 21 a 25 años un 14.90 por ciento, 26 a 30 un 17.21 por ciento, de 31 a 35 el 15.23 por ciento, de 36 a 40 el 12.25 por ciento, de 41 a 45 el 4.63 por ciento de 46 a 50 el 4.30 por ciento, de 51 a 55 el 2.31 por ciento y de 55 en adelante el 3.64 no proporciona el dato el entrevistado en el 12.25 de los casos.

Con referencia a el maltrato por madrastra y padrastro, el 0.99 por ciento correspondió a edades de 21 a 25 años, 26 a 30 el 0.66 por ciento, 31 a 35 el 0.66 por ciento y de 36 a 40 el 0.33 por ciento. En relación a otras personas que agredían al menor se obtuvieron los datos siguientes; de las edades de 21 a 25 años al 0.33 por ciento, de 26 a 30 el 0.99 por ciento, 31 a 35 al 0.66 por ciento, de 36 a 40 el 0.99 por ciento, de 40 a 45 el 0.66 por ciento, de 46 a 50 el 0.33 por ciento. de 51 a 55 el 0.33 por ciento, de 56 en adelante el 0.66 por ciento, no proporcionó el dato el entrevistado en el 3.97 por ciento.

Respecto a la escolaridad de el agresor se observó lo siguiente: eran analfabetas el 9.27 por ciento, alfabetas el 1.98 por ciento, con primaria incompleta el 22.52 por ciento, con primaria terminada el 20.19 por ciento; con secundaria incompleta se encontró el 9.27 por ciento, con secundaria completa

el 5.62 por ciento, con preparatoria incompleta el 1.98 por ciento, con preparatoria terminada el 2.98 por ciento, presentaban educación profesional incompleta el 1.65 por ciento, con educación profesional completa el 2.31 por ciento, con estudios de comercio el 5.29 por ciento, otros estudios 1.32 por ciento y en el 16.55 por ciento no proporcionan datos los entrevistados.

En cuanto a la ocupación del agresor, los índices de más frecuencia se dieron en los agresores que se dedican al hogar con un 22.84 por ciento, empleado 22.51 por ciento, comerciantes 10.26 por ciento, obreros varios 13.24 por ciento, desempleados 3.64 por ciento, jubilados 0.66 por ciento, campesinos el 0.66 por ciento, doméstica 7.61 por ciento, subempleado 1.64 por ciento, cabe aclarar que en la categoría de subempleados se consideran actividades de albañil, carpintero, mozo, etc, por carecer de salarios fijos, prestaciones, etc., no responden los entrevistados en el 15.89 por ciento.

De acuerdo a la fecha de inicio del proceso, los casos abiertos durante 1982 representaron el 83.70 por ciento y el 16.30 por ciento los que se abrieron en 1983.

Respecto a el período de atención del caso, el 25.52 por ciento de los casos se atendieron durante menos de tres meses, el 71.91 por ciento de 4 a 9 meses y un escaso 2.08 por ciento correspondió a los de 12 a 20 meses.

De la situación del caso, las familias que recibían tratamiento eran el 92.07 por ciento, mientras que se proponía la terminación del 7.93 por ciento de los casos.

Asher, reporta datos estadísticos del síndrome de Munchausen (que se refiere a que uno de los progenitores, en la mayoría de los casos la madre, hace parecer que el niño está enfermo, es capaz de falsificar la historia clínica o crear una sintomatología que el niño no presenta) de acuerdo a investigaciones realizadas, que se ha presentado en alrededor de 75 casos, y los niños fueron maltratados mediante la administración de fármacos, agentes químicos u otros productos. Generalmente ha sido en niños de dos años; con discreto predominio en los hombres con el 54 %. En 57 de 75 casos el 76% fue la madre el agresor. El porcentaje de muerte en estos casos es del 18.7% (Loredo, 1990).

En Estados Unidos fallecen aproximadamente el 8% de los niños agredidos, y en Inglaterra cerca de 4,500 niños son maltratados cada año, de éstos mueren el 10-17% por las graves lesiones, y cerca del 30% queda con daño cerebral permanente. En México, Marcovich encontró un porcentaje elevado de muerte, de 686 pacientes fallecieron 379 (55.2%); en los casos atendidos en el Departamento de Medicina Interna del INP se consideró que sólo uno falleció por la enfermedad de fondo, dos más a consecuencia de la agresión sufrida y otro por negligencia de los familiares para tratar su diabetes sacarina. (cit en Loredo, 1990).

En 1984 en el Departamento de Medicina Interna del INP se atendieron 18 pacientes catalogados como maltratados, siendo este número la tercera parte del tipo de pacientes vistos en 14 años, por lo que se despertó el interés de establecer líneas de trabajo que permitan conocer este problema en nuestro medio, proporcionando un tratamiento integral a estos niños maltratados. Con la información clínica obtenida en seis años de estos pacientes, se puede concluir que la mayoría de las características tanto del niño maltratado como

del agresor y de la situación desencadenante, son muy similares a las descritas en otras partes del mundo (Loredo, 1992).

En la Ciudad de México, la Procuraduría General de Justicia en el Área de Menores e Incapaces, reporta que se atienden a 50 casos diarios de maltrato infantil en sus distintas formas. En el Instituto de Atención Integral del Niño Quemado, se reporta que el 60 % y 70 % de los niños que se atienden y cuyas edades varían los pocos meses, hasta los dos años, presentan escoriaciones que no pudieron hacerse ellos mismos. En el albergue de Coyoacán N°. 1635, se reporta que de cada ocho niños que ingresan, seis son víctimas de maltrato. Y según reportan las 45 agencias del Ministerio Público, existe un elevado número de estos casos, pero que no son denunciados. (Lortia y Rodríguez, 1990).

Los anteriores datos nos reportan la existencia real de esta problemática, aunque algunas sociedades la mantienen oculta, por ser motivo de vergüenza, y sobre todo por la preocupación acerca de las consecuencias legales, razones que obligan a mantener un silencio sobre el síndrome de maltrato infantil.

Este desconocimiento no afecta únicamente a las estadísticas del país, sino que no permite el **reconocimiento de la existencia del problema**, como una realidad conocida y progresiva, que es la base fundamental para el tratamiento y prevención del síndrome del maltrato infantil.

CUADRO 10 INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES DEL SNM EN
MEXICO DE MAYO DE 1982 A MARZO DE 1983 (DIF, 1985).

• Por edad	Porcentaje	• Sexo y edad del menor	Porcentaje
• 0 a 14 años	23.99 %	• maltratado	
• 5 a 9 años	35.77 %	• Hombres	49.04 %
• 10 a 14 años	23.92 %	• Mujeres	50.92 %
• Mayor de 15 años	3.37 %	• 0 - 9 años	76.35 %
• No reportó datos el denunciante	12.95 %	• 10 - 14 años	26.76 %
		• 15 o más	2.16 %
• Por sexo	Porcentaje	• Escolaridad	Porcentaje
• Niños	47.50 %	• Sin edad escolar	23.23 %
• Niñas	45.60 %	• Analfabetas	2.58 %
• No reportó datos el denunciante	6.9 %	• Con jardín de niños	1.64 %
		• Con primaria	54.46 %
• Por agresor	Porcentaje	• Con secundaria	6.10 %
• Padre	24 %	• Con preparatoria	0.46 %
• Madre	44 %	• Sin escolaridad	10.56 %
• Padrastro	5 %	• No proporcionó	0.93 %
• Madrastra	3 %	• Características familiares	Porcentajes
• Otro	18 %	• Familias integradas	11.01 %
• No reportó datos el denunciante	6 %	• Familias desintegradas	34.80 %
		• Familias organizadas	2.64 %
• Por tipo de agresión	Porcentaje	• Familias desorganizadas	32.59 %
• Golpes	79 %	• Familias extensas	18.94 %
• Insultos	43 %		
• Quemaduras	6 %		
• Otros	26 %		
• No proporcionó datos	2 %		

Según Marcovich (1978), en toda familia existen conflictos y crisis, entonces en toda familia hay momentos de agresión a los niños o a los cónyuges, y el resultado de estas crisis, depende de la forma en que la familia utilice recursos positivos para superar estas dificultades. Es fundamental comprender y manejar la dinámica de todo el sistema familiar, no sólo las características de un padre golpeador o de un niño víctima. Si se dá tratamiento y educación a la familia en conjunto, se podrán disminuir en algún grado las

emociones destructivas intrafamiliares, cuando participan en la terapia familiar todos los integrantes del sistema enfermo, es más factible modificar dicho sistema y así superar los círculos viciosos de agresión y tener un desarrollo más sano tanto para los padres como los hijos. "Una hipótesis sobre las familias que maltratan, es que nunca han internalizado un conjunto claro de reglas acerca de los límites de su comportamiento, y esto necesita ser impuesto ante todo desde afuera antes de que pueda esperarse el cambio interno en los miembros de las familias" (Maher, 1990, pp. 39).

Según Minuchin (1993) en el sistema familiar en donde los niños son maltratados, los progenitores no controlan sus impulsos agresivos, ya que consideran a sus hijos como si fueran una continuación de ellos mismos, interpretando cada acción como una respuesta personal. La familia es el único campo donde el padre puede desplegar poder y capacidad. En algunos casos la familia se organiza entorno a la odiada madre e hijo, a quienes el padre ataca como si fuera una alianza enemiga. Generalmente en estas familias los malos tratos entre los padres recaen sobre los hijos.

Es importantísima la prevención del Síndrome de Maltrato, pero cuando éste ya es inevitable, se requiere de un tratamiento adecuado para disminuir el deterioro intrafamiliar y eliminar aquellas conductas destructivas de un severo maltrato físico u otras formas de abuso.

Según Yllán (1992), la detección del maltrato infantil es requisito previo e indispensable para que intervenga alguna institución administrativa o de procuración de justicia, hecho que parece ser obvio, sin embargo, encontramos una serie de dificultades para poder obtener un diagnóstico que acredite que el menor es sujeto de maltrato. El diagnóstico debe ser emitido en forma interdisciplinaria, un "diagnóstico médico - psicológico - legal".

Además Yllán (1992), señala que es importante considerar que los menores víctimas de maltrato infantil se encuentran en una dualidad de sentimientos y en un conflicto de lealtades, sobre todo cuando existe una relación cercana con su victimario y cuando en algunos casos hay dependencia material y / o emocional, por tanto el que el menor denuncie a algún familiar que estima, lo pone en diversas disyuntivas; ya que muchos menores prefieren

ocultar el origen de las lesiones, señalando que éstas fueron hechas por accidentes, poniendo de manifiesto su mecanismo de negación y de justificar los eventos violentos. Otro punto importante a considerar, es que el adulto agresor generalmente siente que se encuentra ejerciendo un derecho al realizar actividades de corrección y educación, y por lo general no hay conciencia del daño causado, es frecuente que se de la minimización de la agresión. Y aunque el agresor sufra con su conducta o la visualice como negativa, no se autoacusa ya que esto lo enfrentaría a problemas legales, y tampoco pide ayuda psicoterapéutica por miedo a la culpabilización social. También existen algunos familiares que asumen una actitud pasiva, tal vez realicen críticas, pero no llegan a denunciar porque consideran que al menor se le está educando, y puede ser también por costumbres familiares en donde la violencia es parte de su forma de interactuar. Yllán señala que cuando se realiza la detección en hospitales, únicamente se dá intervención médica, faltando la psico-jurídica. Así mismo, existen formas de maltrato psicológico o sexual que son difíciles de considerar sobre todo cuando se presentan en forma aislada y, finalmente la falta de unificación de criterios institucionales que delimiten los actos que puedan considerarse como maltrato.

Tratamiento del Síndrome de Maltrato

Con respecto del tratamiento del SNM tenemos lo siguiente:

Según Maher (1990), para que funcionen bien las familias, se requiere de relaciones maritales-satisfactorias, solidaridad entre los padres, relaciones satisfactorias con los hermanos y de padre a hijo, así como de hijo a padre.

Masson , ha puesto en evidencia el hecho de que la desatención y el maltrato tengan origen en sistemas familiares en los cuales la parentificación de los hijos por parte de las familias de origen no se agota con el matrimonio de los hijos, sino que continua actuando activamente, estimulando en la segunda generación comportamientos inadecuados por parte de los padres. Cierhitte, Rezley, Main, Goldwyn, consideran que el maltrato es un fenómeno reiterativo que se desarrolla de generación en generación y que justamente por ésto es necesario tratar de interrumpir. (cit en Cirillo y Di Blasio).

También es importante señalar que se ha dado gran importancia a los maltratos físicos, quizá por ser los más llamativos y por tener mayor repercusión en los medios de comunicación de masas. Este tipo de maltrato exige una intervención urgente, aunque no sean necesariamente los que más secuelas dejan a mediano y largo plazo como los malos tratos emocionales, los abusos sexuales, la negligencia y el abandono. Los malos tratos institucionales y la dejación social pueden dejar secuelas más severas a largo plazo, como la alteración comunicacional, emocional y/o relacional, tanto más cuando son maltratos emocionales, abandono y negligencia, los que presentan de una forma más insidiosa y crónica, poniendo en peligro el desarrollo físico, psíquico y social del niño/a (Fernández y Pedreira, 1991).

En los últimos años se nos ha abierto una posibilidad para la adopción de un modelo fundado sobre la "metáfora del juego" creada por Silvino Palazzoli y otros (cit en Cirillo y Di Blasio, 1989). Este modelo permite integrar el nivel de funcionamiento individual con el de los determinantes socioambientales. El concepto de "juego familiar" se utiliza para describir el mundo donde las relaciones entre todos los miembros de la familia están organizadas y se desenvuelven en el tiempo. La metáfora del juego, más allá del concepto de sistema, permite integrar el nivel individual con la supraindividualidad, representado tanto por el funcionamiento familiar como social.

La organización en la relación de la familia no es una estructura estática, pero sí un proceso vivo, dinámico que reacciona a los diversos acontecimientos que evolucionan en el tiempo. La rebelión de un comportamiento inaceptable está, por eso, conectada con la evolución específica de las relaciones familiares, es el resultado de un juego o proceso interactivo, al que los terapeutas deben abocarse para encontrar el camino, paso a paso que reconstruya la historia de la organización de las relaciones en la familia donde se presenta tal comportamiento.

Cirillo describe un modelo de intervención multidisciplinario al ser detectados casos de maltrato y/o violencia familiar que funciona en algunas regiones de Milán, Italia. Este modelo de intervención pone atención, tanto en la fase de diagnóstico como de terapia, sobre todo en las estructuradas y

complejas dinámicas familiares que se vinculan a la violencia, más que en las problemáticas particulares de los individuos (cit en Cirillo y Di Blasio, 1989).

Di Blassio señala que en el Centro para el niño maltratado y la cura de familia en crisis (CBM), que las manifestaciones de desatención, de violencia física o de abuso sexual son la señal de una patología que afecta el funcionamiento global de la familia (cit en Cirillo y Di Blasio, 1989).

El principal objetivo del CBM no solo es el de comprender las razones del abuso, sino también modificar las pautas disfuncionales que dan origen a la violencia, con el fin de situar a la familia en condiciones de recuperar sus propias funciones de educación de los hijos.

Se sugiere utilizar la terapia coactiva, este tipo de terapia presupone que existe una demanda de ayuda y una subyacente motivación que constituye, por así de decirlo, el motor que puede impulsar al paciente hacia el cambio, ayudándolo a superar inercias y resistencia de todo tipo, pero como generalmente los pacientes no solicitan ayuda y no presentan ninguna motivación para eliminar estas conductas de maltrato, la coacción puede a lo sumo inducir a un sujeto recalcitrante a tolerar servilmente una medida que no ha elegido, y que puede parecerle odiosa, desagradable o incomprensible. Y todo esto, con el solo fin de evitar un mal peor, pero sin ninguna motivación auténtica hacia el cambio (Cirillo y Di Blasio, 1989).

Estos autores creen posible superar esta contradicción tan radical poniendo en cuestión la afirmación según la cual a la ausencia de una demanda de ayuda siempre es indicativo de la ausencia de motivación para cambiar.

Por tanto el primer requisito para que se lleve a cabo la terapia coactiva, es que se reconozca plenamente el problema, en el caso del adulto que maltrata a su propio hijo, es la naturaleza misma del problema la que hace que sea tan difícil, más no imposible, la formulación de una demanda de ayuda externa a la familia, aunque exista la voluntad de salir de esa situación. El progenitor que maltrata, sabe muy bien que declarar su propio comportamiento equivale a autodenunciarse por haber violado no sólo un tabú social profundamente

arraigado, sino también una norma de conducta sancionada por la ley. Sobre todo si en la sociedad se considera como culpable y vergonzoso aquel que maltrata a sus hijos, y sabe que se va a enfrentar al reproche y a la desaprobación, y que corre el riesgo de incurrir en un juicio penal, todo esto haciendo mucho más difícil la exteriorización de un petición de ayuda (Cirillo y Di Blasio, 1989).

Una vez que se logra conocer el origen del maltrato, que puede ser el de relaciones maritales conflictivas, se envía al niño con padres adoptivos que provisionalmente cuiden de ellos cambiando sus condiciones familiares, mientras que los padres arreglan su conflicto marital y se determina si se integra nuevamente a la familia (Cirillo y Di Blasio, 1989).

Fernández y Pedreira (1991), propone dos formas de abordar el SNM: la separación del niño/a maltratado del ambiente familiar maltratante o la permanencia en el ambiente familiar. Tomados cada uno en forma aislada, ambos tienen posibles ventajas e inconvenientes llevando a cabo una evaluación de cada caso.

En el supuesto de tomar la decisión de separar del ambiente familiar, no se presupone que se desatiende de la situación familiar, sino la formulación de un diseño de intervención alternativo que posibilite un retorno lo más precoz posible y en las mejores circunstancias, tanto para el niño como para la familia (Cirillo y Di Blasio, 1989).

Realizamos una visita al DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) para conocer cual es el tratamiento que se brinda a aquellos niños víctimas de maltratos, la Lic. Leda Patricia Mejía Góngora, Coordinadora Técnica de Enseñanza e Investigación de esta dependencia, nos indicó que el porcentaje de asistencia de niños maltratados a esta Institución es mínimo, pero de presentarse, se les envía a Casas de Cuna (DIF), brindándoseles un tratamiento integral donde intervienen médicos, psicólogos, abogados y pedagogos, etc., con el fin de conocer el origen del conflicto y brindarles ayuda para resolver sus conflictos individuales, o de pareja o de

padres a hijos, etc., de forma integral. También nos señaló que la Subdirección de Asistencia Jurídica del DIF, a través del Departamento de Servicios Sociales lleva a la práctica el programa PREMAN (Prevención de Maltrato a Menores), cuyo objetivo primordial es rehabilitar y readaptar a aquellos menores que han sido víctimas de agresión, siendo en la mayoría de los casos los propios padres quienes intervienen agrediendo a sus hijos.

El agresor también es objeto de análisis de este problema. Los trabajadores sociales conjuntamente con otros profesionistas, forman el grupo multidisciplinario encargado de realizar investigaciones pertinentes para dar solución a cada caso, proponiendo y llevando a cabo el tratamiento adecuado.

Según Loredo (1990), investigador del Instituto Nacional de Pediatría dedicado al estudio del SNM, señala que una vez obtenido un diagnóstico certero y corroborado con la información de una historia clínica, puede haber casos en los que el procedimiento descrito no basta para el diagnóstico y se tenga que recurrir al gabinete y al laboratorio. El estudio radiográfico, es considerado como "la voz del niño agredido" con el cual se corroboran los hallazgos clínicos. Considera también que el apoyo que se recibe por parte de otros trabajadores de la salud (como trabajo social y psicología) es de gran utilidad "ya nos permite conocer más sobre la situación social y emocional de la familia y determinar un manejo interdisciplinario con el paciente".

Loredo (1990), señala como base fundamental para el tratamiento el reconocimiento del SNM, ésto es que el personal médico y paramédico esté en constante capacitación para facilitar la detección oportuna de este síndrome.

También se lleva una fase de protección, donde se deberá hospitalizar al niño para protegerlo mientras se evalúa la seguridad en su hogar (Loredo, 1990) procurando manejar con extrema cautela a los padres sin mencionar el tema de maltrato, ya que su actitud puede retrasar el diagnóstico y dificultar el

tratamiento integral del niño, y solo en los casos en los que los familiares se opongan a que se interne, se debe enviar a la autoridad judicial correspondiente. En general, debe darse una relación adecuada con los familiares del niño a pesar de su culpabilidad. Insistiendo en evitar acusaciones directas o diálogos tendenciosos. Además de darse así el tratamiento médico quirúrgico según el estado de maltrato del niño (American Academy of Pediatrics 1987).

La siguiente fase que nos plantea Loredo (1990), es dar a conocer el diagnóstico a los padres antes de informarlo a la autoridad competente y señalarles que es obligatorio su aviso. Siendo básico para nuestro medio, el que esta fase se maneje con extrema cautela, ya que las experiencias que se han tenido, es que, en muchos casos, los padres se arrepienten y están dispuestos a enmendar el camino, sobre todo cuando se les dá orientación social y psiquiátrica. Este aviso puede ser por medio del Departamento Jurídico y de Trabajo Social de la Institución Hospitalaria. Aquí en México, existe una organización especializada, PREMAN, que depende del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y que se encarga de los aspectos jurídicos y legales.

Debe brindarse también un tratamiento y rehabilitación para los padres, participando en este rubro elementos que laboran en trabajo social y en la sección de psiquiatría de la Institución Hospitalaria en donde se encuentre el niño o bien la Organización encargada de este tipo de atención.

Loredo (1990), insiste en que debemos tener la firme idea y mentalidad de rehabilitar a dichas personas entendiendo que se trata de sujetos enfermos. Y sobre todo en nuestro medio, ya que no hay un número suficiente de instituciones capaces de albergar a todos los maltratados, prefiriendo tratar de

conservar el núcleo familiar hasta donde sea posible, o bien que el menor quede bajo la custodia de algún miembro de la familia

CUADRO 11 ALGUNAS APORTACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL MALTRATO EN MENORES.

• Maher :	Terapias de Integración Familiar (37).
• Cierhille :	Interrupción del Maltrato generacional (cit en 13).
• Palazzoli :	Metáfora del Juego (Cit en 13).
• Cirillo :	Modelo de Intervención multidisciplinario Terapia Coactiva (13).
• Fernandez V.	Cambio de condiciones familiares (Padres adoptivos) mientras se soluciona el conflicto marital (23).
• D. I. F. :	Enviar al niño a la casa de cuna donde se les de un tratamiento integral.
• Loredó :	Fase de protección (33).
• C. A. V. I. :	Terapia grupal (Dinámica de juego y socialización).

Por último, el egreso del paciente, deberá ocurrir cuando se hayan resuelto los problemas médico quirúrgicos, y fundamentalmente cuando se tenga la plena seguridad de que el medio al cual se va a enviar el niño ofrece un máximo de garantía. Realizándose posteriormente una vigilancia periódica, que permita verificar que no se repita el maltrato, no sólo al paciente conocido, sino también a otros miembros de la familia. Observando también la rehabilitación física y mental del niño y su familia(Loredó, 1990).

Reynes (1992), señala que es muy importante el seguimiento de los casos, ya que la posibilidad de reincidencia puede ser factible, y en ocasiones puede tener consecuencias fatales.

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) fué creado en 1990, con el principal propósito de dar atención al fenómeno del maltrato

conservar el núcleo familiar hasta donde sea posible, o bien que el menor quede bajo la custodia de algún miembro de la familia.

CUADRO 11 ALGUNAS APORTACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL MALTRATO EN MENORES.

• Maher :	Terapias de Integración Familiar (37).
• Cierhille :	Interrupción del Maltrato generacional (cit en 13).
• Palazzoli :	Metáfora del Juego (Cit en 13).
• Cirillo :	Modelo de Intervención multidisciplinario Terapia Coactiva (13).
• Fernandez V.	Cambio de condiciones familiares (Padres adoptivos) mientras se soluciona el conflicto marital (23).
• D. I. F. :	Enviar al niño a la casa de cuna donde se les da un tratamiento integral.
• Loredó :	Fase de protección (33).
• C. A. V. I. :	Terapia grupal (Dinámica de juego y socialización).

Por último, el egreso del paciente, deberá ocurrir cuando se hayan resuelto los problemas médico quirúrgicos, y fundamentalmente cuando se tenga la plena seguridad de que el medio al cual se va a enviar el niño ofrece un máximo de garantía. Realizándose posteriormente una vigilancia periódica, que permita verificar que no se repita el maltrato, no sólo al paciente conocido, sino también a otros miembros de la familia. Observando también la rehabilitación física y mental del niño y su familia (Loredó, 1990).

Reynes (1992), señala que es muy importante el seguimiento de los casos, ya que la posibilidad de reincidencia puede ser factible, y en ocasiones puede tener consecuencias fatales.

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) fue creado en 1990, con el principal propósito de dar atención al fenómeno del maltrato

doméstico en el interior de la familia y para establecer los mecanismos para una adecuada prevención (Yllán, 1992).

En esta institución se realizó nuestro trabajo de investigación. El CAVI, brinda tratamiento terapéutico de manera grupal a los niños que presentan Síndrome de Maltrato. Los grupos son formados por un máximo de 12 niños en edad escolar que presentan evidencias físicas y/o psicológicas de agresión, por parte de las figuras parentales u otros. El tratamiento consta de 12 sesiones semanales con duración de 2 horas; en las que se abordan temas como la autoestima, expresión de sentimientos, maltrato físico y psicológico, manejo positivo de la agresividad y el conflicto, sexualidad principalmente.

El primer y principal objetivo en el grupo consiste en generar un clima de confianza y empatía donde los menores deseen socializar la experiencia de maltrato y se facilite la expresión de sentimientos, así como la elaboración terapéutica de culpa - resentimiento, se trabaja la autoestima mediante el conocimiento de su cuerpo, descubriendo sensaciones, sentimientos, tensiones, autoaceptación, clasificación de valores y comunicación asertiva.

También es importante que los menores comiencen a tomar parte responsable, identificando pautas de conducta que sostienen el círculo de agresión por lo que otro objetivo consiste en el manejo positivo de la agresividad y la resolución de conflictos, y finalmente se brinda información sobre la sexualidad humana (Yllán, 1992).

Los objetivos antes mencionados se llevan a cabo con dinámicas donde el juego, manejo de materiales como plastilina, dibujo, recorte y pegado de imágenes, motivan la participación de los niños.

CAPITULO II.7.

**INCIDENCIA Y TRATAMIENTO
DE LA DEPRESION INFANTIL**

II.7. INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL

En el estudio realizado con el objetivo de conocer la prevalencia de síntomas de depresión en un grupo de 51 niños mexicanos "normales", cuyas edades fluctúan entre 9 y 13 años de edad, se encontró que 10.52% obtuvo un puntaje elevado de depresión, encontrándose asociados puntajes significativos en cuanto a la carencia de afecto, desamparo, baja autoestima, ansiedad sentimientos de culpa. Al hacer un análisis particular de los niños que aparecieron deprimidos, excepto uno de ellos presentaron problemas (bajo rendimiento escolar, situación familiar conflictiva, problemas de conducta, rebeldía, apatía y/o aislamiento) predictivos de depresión (Gutiérrez, 1991).

Sobre la incidencia de la depresión en niños, las cifras estadísticas oscilan entre un 0.2 - 0.4 hasta un 20 - 25 por ciento en la población general infantil (Cobo, 1992).

En varios estudios relativos a la frecuencia de la depresión en niños, se han manejado cifras discrepantes, que pueden variar desde un 3% reportado por Weber entre 4 000 escolares, hasta un 12.4% encontrado por Kurn en 177 niños. Poloni descubrió 500 depresiones, 75 de ellas consideradas endógenas en 7 000 niños examinados en el curso de 10 años (cit en Calderón, 1984).

Otros datos de prevalencia de depresión en niños son un 8% en población psiquiátrica, otros afirman entre un 27% y un 52% en muestras clínicas de niños, entre otros (cit en Gutiérrez, Lara y Contreras, 1995)

Quizá esta dispersión se debe a la disparidad de criterios para elaborar un diagnóstico, el cual procede al descartar patología orgánica, además de demostrar la existencia de trastornos típicos de la depresión. El diagnóstico es fiable en la medida de los datos obtenidos de las siguientes fuentes: niño, padres, profesores, entrevistas y test psicológicos, así como la respuesta al tratamiento antidepresivo a posteriori (Cobo, 1992).

El pediatra o médico familiar son quienes están más cercanos para detectar de manera temprana la depresión infantil al recibir información acerca de la relación del niño con sus padres, al ver cuál es su reacción ante una situación de crisis familiar y al apreciar cualquier signo de alteración depresiva (Calderón, 1984).

Las depresiones infantiles son también específicas en cuanto a su tratamiento por la importancia que en ellas cobra la incidencia del medio en el que el niño se desenvuelve. Será necesario conocer muy bien su historia personal, a sus padres o la familia y a la escuela, sólo después de una comprensión total, estructural y de cuál es la situación en la que el niño vive, se podrá acordar un posible tratamiento (Avellanosa, 1988).

Aunque no se demuestra que la psicoterapia cure la depresión, tal parece que resulta una ayuda combinada con la medicación (Gold, 1986). Se conocen algunos tratamientos específicos tales como: la terapia cognitiva, la terapia conductual y la terapia interpersonal. Estos tratamientos se centran en las dificultades actuales, su atención es breve, práctica y directa, dejando de lado los problemas pasados.

La **terapia cognitiva** sostiene que las cogniciones de una persona determinarán la forma en que una persona siente y actúa. El depresivo distorsiona sistemáticamente las experiencias para que se ajusten a sus conclusiones negativas, elabora un procesamiento defectuoso de la información de tal manera que resulta común la sobregeneralización, la minimización de los hechos positivos, la abstracción selectiva, etc., (Cantwell y Carlson, 1983).

El objetivo de la terapia cognitiva consiste en que el paciente revalore sus pensamientos, ayudándole a identificar y reemplazar las suposiciones falsas por aquellas que le permitirán sentirse más confiado para alcanzar éxito. Algunas de las técnicas utilizadas para lograrlo, consisten en el autoregistro y verificación de hipótesis (Cantwell y Carlson, 1983).

Kendall sugiere que mientras la terapia en los adultos está dirigida a errores cognitivos, en el niño debe guiarse a un déficit cognitivo (cit. en Cantwell y Carlson, 1983).

Los niños entre los 7 y 12 años de edad son capaces de percibir la realidad, reconocer la intencionalidad de sus actos y hacer inferencias y aunque todavía se observan dificultades para relacionar las preposiciones y de experimentar desesperanza, pueden ser candidatos para recibir este tipo de terapia (Cantwell y Carlson, 1983).

La **terapia conductual** consiste en la modificación sistemática de la conducta, se utiliza conjuntamente con la reinterpretación, comprender la programación de actividades (planear de forma específica la jornada del paciente), el reforzamiento contingente (gratificar inmediatamente cierto tipo de conductas), la asignación de tareas desglosadas en pequeños pasos, lo que proporciona experiencias más frecuentes de éxito (Cantwell y Carlson, 1983).

La **terapia interpersonal** ayuda a determinar la naturaleza del problema en las relaciones con otras personas buscando soluciones, con frecuencia pueden referirse a expectativas divergentes de roles (Gold, 1986).

El tratamiento de la depresión infantil debe enfocarse hacia el marco familiar y es tanto más efectivo como más temprano se realice el diagnóstico (Calderón, 1984).

El tipo de tratamiento que se elige dependerá de la severidad y duración del cuadro depresivo, de la edad del niño y de la colaboración de los padres (Cammer, 1985).

El tratamiento rara vez puede ser eficaz si el ambiente hogareño continua obstaculizando el cambio (Arieti y Bemporad, 1978). Por lo que sería importante complementar el tratamiento familiar con sesiones individuales para el niño (Calderón, 1984).

El tratamiento de la depresión a esta edad es similar al del adulto; sin embargo hay algunas diferencias importantes. En primer lugar es necesario tener en cuenta la limitada capacidad de pensamiento abstracto. A diferencia del adulto, el niño no puede utilizar interpretaciones verbales de tipo general y aplicarlas a diferentes fases de su vida. Las interpretaciones deben ser concretas, específicas y prácticas, todo debe ser expresado de manera tal que el niño pueda comprenderlo y aplicarlo inmediatamente. Del mismo modo, las interpretaciones formuladas en una sesión pueden haber perdido efectividad en la siguiente, de modo que se necesita una buena cantidad de paciencia y frecuentes repeticiones.

En segundo lugar el tratamiento de niños debe tender a ser en sí mismo una experiencia de desarrollo. Es un proceso de crecimiento compartido, en el que hay menos trabajo reconstructivo que con los adultos. Para el niño las sesiones no son algo independiente de sus otras actividades y por lo tanto el vínculo con el terapeuta está muy ligado a la realidad y es en sí mismo un poderoso promotor del crecimiento, independientemente del contenido de las sesiones. De ahí que el terapeuta no dedica demasiado tiempo a corregir distorsiones del niño mediante interpretaciones verbales; más bien se vale de sus propias actitudes para demostrar que no acepta su equivocada apreciación de sí mismo y de los demás. La terapia es en parte la repetición transferencial de una relación anterior con sus padres, y en parte una experiencia nueva que habrá de dar forma a la futura psique del paciente (Arieti y Bemporad, 1978).

La terapia del juego permite que el terapeuta brinde oportunidades de éxito a los pequeños, la cual mejora la autoestima, refuerza su personalidad e incrementa su confianza, permitiendo la expresión de sentimientos y un nuevo modelo de identificación (Calderón, 1984).

El médico psiquiatra Carlos Cobo (1992) sugiere lo siguiente a fin de tratar de ayudar al niño con depresión a construir un yo fuerte:

- 1.- Evaluar el mundo de la gratificación y de la frustración.
- 2.- La valoración real de sus padres y de los adultos que le rodean.
- 3.- Descubrir lo que puede esperar de sí mismo y de los demás.
- 4.- Contrastar actitudes de impotencia - omnipotencia, para llegar a delucidar lo más aproximadamente posible lo que realmente puede ser y hacer.
- 5.- Disfrutar de la capacidad de estar en soledad y en compañía, ayudándoles a discernir de la necesidad de una y otra.

Así mismo, aporta los siguientes puntos concretos útiles en la psicoterapia del niño suicida (Cobo, 1992):

- Procurar reconstruir emocionalmente su acto suicidiario y analizarlo.
- Hacerle consciente de sus movimientos hacia la vida y de sus tendencias inconscientes a la muerte, a la destructividad y a la autodestrucción.
- Ayudarle activamente a cuidarse, a prevenirse de males y desgracias, a saberse defender, o amarse así mismo y a desplegar las tácticas que habilitan el amor objetal (el amor maduro).

La medicación antidepresiva infantil es un complemento de otras modalidades terapéuticas y no debe administrarse sin haber intentado modificar las circunstancias ambientales (Ayuso y Saiz, 1981). Los niños que toman antidepresivos deben ser vigilados por el médico, pues metabolizan estas drogas de modo diferente al de los adultos y corren riesgos más graves en

cuanto a efectos colaterales (Calderón, 1984). Aunque se utilizan en casos determinados con éxito; el problema es el adecuado diagnóstico lo que dará pie a la selección de tratamiento específico, ya sea algún tipo de psicoterapia individual o familiar y/o terapia farmacológica.

CUADRO 12 CONSIDERACIONES GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE
LA DEPRESION INFANTIL

- Severidad y duración del cuadro depresivo, edad del niño y colaboración de los padres (10 y 11).
- Tratamiento individual y familiar (11).
- Interpretaciones concretas, específicas, prácticas y repetidas con frecuencia (11).
- Es una experiencia de desarrollo (3).
- Su fin último .- Fortalecer el yo mediante (15):
- Elaborar gratificación / frustración.
- Valorar la relación con las personas cercanas
- Descubrir lo que puede esperar de él y los demás.
- Disfrutar y diferenciar la necesidad de soledad y compañía.
- En el caso de niños suicidas (15) :
- Reconstruir acto suicidario y analizarlo
- Concientizar tendencias vida / muerte.
- Ayudarle a cuidarse activamente.
- Habilitar amor maduro.

11.8. RELACION ENTRE DEPRESION Y SINDROME DE MALTRATO INFANTIL

La investigación de la estructura familiar y sus implicaciones en la opresión parece obvia. Las actitudes de los padres (dependencia/independencia, sobreprotección/rechazo, calidad del tiempo dedicado, uso de premios/castigos, etc.) contribuyen a moldear el comportamiento de sus hijos y con él, el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos, etc., que de una u otra forma están implicados en el hecho depresivo (Polaino, 1985). Así mismo, las relaciones que se establecen dentro de la familia que es el mundo entero para los niños, en especial para los más pequeños, pueden activar la depresión. Aquellos niños cuyos padres los hacen objeto de malos tratos son los que tiene el mayor riesgo, también aquellos niños que reciben malas críticas y ven siempre destacadas sus deficiencias.

La depresión es común en los niños que no tiene una atención auténtica y considerada por parte de sus padres. Los conflictos y las dificultades son la característica familiar en caso todos los depresivos (Gold, 1986).

En una encuesta sobre casos de abuso en niños, realizada en el St. Vicent's Hospital, se reporta que más del 50% de los niños nacieron de un parto prematuro o con bajo peso y en un gran número de ellos el desarrollo físico e intelectual fue tardío, lo que muchos casos fue el factor generador de la agresión de los padres. Por el número de partos prematuros reportados en estos niños maltratados, podría inferirse que hubo un rechazo consciente o inconsciente hacia el pequeño desde el período prenatal (Calderón, 1984). Según Spitz en niños recién nacidos hospitalizados y separados de la madre se observa un cuadro extremadamente grave, caracterizado por pasividad total, desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y trastornos del desarrollo.

Después de 3 meses de separación, la motricidad disminuye, se instala el insomnio y el niño entra en una fase de agotamiento que puede ser irreversible. Este cuadro se ha denominado como depresión anaclítica (cit en Ayuso y Saíz, 1981).

En el niño se presentan algunos trastornos psicomáticos (cólico de los 3 meses, eczema del lactante en la segunda mitad del primer año, etc.) como una reacción ante los sentimientos inconscientes de aversión y hostilidad materna (Ayuso y Saíz, 1981).

Por otra parte Nessen, describe en los niños de edad preescolar un síndrome caracterizado por insomnio, anorexia, crisis de llanto y gritos, en el cual juega un papel determinante la situación de carencia afectiva prolongada. Frommer destaca en los preescolares carentes de afecto la frecuente presencia de enuresis, anorexia, insomnio, molestias abdominales y ansiedad. Por último en la etapa posterior del desarrollo evolutivo del niño el fracaso escolar constituye el fenómeno más constante que acompaña al trastorno depresivo subyacente (cit en Ayuso y Saíz, 1981).

Los niños maltratados pueden presentar gran variedad de síntomas psicológicos anormales; algunos parecen "aplanados" emocionalmente, con una depresión en su estado de ánimo (Wolfe, et al, 1991).

Blumberg estudió la depresión en niños con síndrome de maltrato y menciona que el abuso de niños y su efecto en trastornos de conducta están relacionados con la depresión enmascarada. La depresión en estos casos involucra privación, incertidumbre, ansiedad y confusión en la relación estrecha entre el desarrollo cognitivo y afectivo por lo que la depresión varía de acuerdo al desarrollo del niño, en sus manifestaciones y sintomatología. A consecuencia

del descuido y maltrato se presentan cambios en los patrones de alimentación y sueño (cit en Gutiérrez, 1991).

Los padres de niños maltratados presentan una depresión subyacente y su violencia externa tiene una contraparte de violencia interna. Además, se han notado cambios en el crecimiento, desarrollo e inteligencia asociadas al estrés o a problemas emocionales (cit. en Gutiérrez, 1991).

De la revisión detallada de los síntomas tanto del niño deprimido como del niño maltratado, obtenemos algunas coincidencias como: rasgos de ansiedad, tristeza, cambios en los patrones de alimentación y sueño, impacto en la capacidad de concentración y rendimiento académico, baja autoestima, entre otros.

Los niños maltratados según Green se muestran muy a menudo tristes y deprimidos, se ven a sí mismos con igual desagrado y desprecio con el que los padres los tratan (cit en Maher, 1990). Oates, Forrest y Peacock, indican que en los niños víctimas de violencia se presenta un cuadro de personalidad caracterizado por subestimación de sí mismo, inseguridad e incapacidad de relacionarse con sus compañeros. Goensbaver y Rodeheffer señalaron que de sus observaciones a niños víctimas de violencia se observa la presencia de tendencias depresivas, pasividad, inhibición, ansiedad, dependencia, rabia y agresividad. (cit en Cirillo y Di Blasio, 1989). Muchos de estos niños maltratados son considerados por los padres como lentos en su desarrollo o retrasados mentales, malos, egoístas y rebeldes a la disciplina; con frecuencia son niños hiperactivos y de conducta desafiante, lo que los hace más vulnerables al abuso (Calderón, 1984). Para los psicoanalíticos existe una diferencia entre un niño que es desdichado a causa de un problema actual y un niño que está deprimido.

Según el enfoque cognitivo la depresión radica en una interacción patológica autopertuante y reforzada por distorsiones cognitivas. Estas distorsiones son consecuencia de las interacciones entre padres e hijos y dan lugar a una excesiva dependencia de los demás como fuente de sustento de la

autoestima a una autoinhibición de la gratificación derivada de actitudes independientes de los mandatos de personas significativas y a una falta de autoapreciación en lo atinente a la propia afectividad. Sólo cuando se acerca al final de la niñez el individuo puede distorsionar sus interrelaciones de manera que puede hacerlos reproducir los patrones adquiridos en su temprana infancia. Hasta entonces simplemente reacciona con tristeza frente a una situación real, que percibe de acuerdo con las facultades cognitivas propias de su edad (Arieti y Bemporad, 1978).

La violencia es una enfermedad epidémica y endémica de nuestros días, el futuro de la sociedad en que vivimos dependerá de la medida en que podamos disminuirla o erradicarla.

Cobo considera que la depresión en el niño es una enfermedad más condicionada desde el interior de su persona que desde fuera. No es suficiente una desgracia grande en la vida de un chico para que enferme de depresión; hace falta que esa desgracia se encuentre con una disposición interior del niño, con una sensibilidad especial, con una etapa vulnerable de su desarrollo para que la mezcla resulte depresiva. Pero evidentemente, hay desgracias en la vida que son determinantes. Se refiere a aquellas desgracias atribuibles a los otros, a la familia, a la sociedad, al mundo exterior. Las desgracias que producen más grave y más duradera psicopatología en el niño son: orfandad de uno o ambos padres, violación, padres separados, enfermedades crónicas, vida en entorno amenazado, padres alcohólicos o drogadictos y malos tratos (Cobo, 1992).

Esta generación de niños golpeados, si sobrevive, dará origen a una próxima generación de padres golpeadores, con el correspondiente desajuste de los miembros de la sociedad (Calderón, 1984).

Los efectos del maltrato pueden ser tan devastadores que van desde lesionar el desarrollo y crecimiento normal (Gold, 1986), hasta provocar tendencias criminales en el individuo (Cirillo y Di Blasio, 1989).

Existen estudios que señalan que algunos niños mayores están deprimidos hasta el punto de llegar al suicidio debido a que a lo largo de sus vidas se les había repetido constantemente que no eran más que una carga (Kempe y Kenpe, 1971). Los pequeños sometidos a malos tratos físicos habituales por parte de uno de sus padres o de ambos tienden a evolucionar de diversas maneras: como retrasados psíquicos; o como psicópatas agresivos, firmes candidatos a la delincuencia, en el caso de los varones, o como psicópatas masoquistas, con baches depresivos y suicidas, en el caso de las niñas (Cobo, 1992).

El énfasis del presente trabajo se encuentra en detectar síntomas depresivos en una población de niños con síndrome de maltrato a fin de: dar atención psicoterapéutica adecuada y oportuna en los casos que así se requiera, proponer a la institución de donde se obtuvo la muestra; la inclusión de una prueba que detecte depresión, a sus procedimientos de diagnóstico habituales, además de explorar la relación observada por otros autores, entre síndrome de maltrato infantil y depresión.

CAPITULO III.

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existen diferencias significativas en los puntajes obtenidos de la aplicación de la escala de depresión Children Depression Scale (CDS), entre dos muestras de niños entre los 8 y 12 años de edad: uno de niños con síndrome de maltrato (N = 31) obtenida del CAVI y otro de niños que no presentan maltrato (N = 25) obtenida de la Escuela Primaria "Laura Mendez de la Cuenca".

HIPOTESIS.

HIPOTESIS CONCEPTUAL:

" Los niños víctimas de violencia, revelan un cuadro de personalidad caracterizado por subestimación de sí mismo, inseguridad e incapacidad para relacionarse con sus compañeros. "Las observaciones de estos niños, coinciden en subrayar la presencia de tendencias depresivas". (cit. en Avellanosa, 1938).

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Se encontraron diferencias significativas en los puntajes de las respuestas del CDS, que se aplicó a un grupo de 31 niños con síndrome de maltrato con respecto a un grupo de 25 niños no maltratados, cuyas edades fluctuaron entre los 8 y 12 años.

HIPOTESIS NULA:

No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de las respuestas del CDS, que se aplicó a un grupo de 31 niños con síndrome de maltrato con respecto a un grupo de 25 niños no maltratados, cuyas edades fluctuaron entre los 8 y 12 años.

HIPOTESIS ALTERNA:

Sí se encontraron diferencias significativas en los puntajes de las respuestas del CDS, que se aplicó a un grupo de 30 niños con síndrome de maltrato con respecto a un grupo de 25 niños no maltratados, cuyas edades fluctuaron entre los 8 y 12 años.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: D E P R E S I O N

DEFINICION CONCEPTUAL: La depresión es un padecimiento que altera la vida y afecta el humor, orientándolo hacia la tristeza y dolor moral; caracterizado por trastornos afectivos, conductuales, intelectuales y somáticos (Avellanosa, 1988).

DEFINICION OPERACIONAL: Puntajes obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Depresión (CDS).

VARIABLE INDEPENDIENTE: EL MALTRATO

DEFINICION CONCEPTUAL: Conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad, como consecuencia de la agresión directa, no accidental de un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social (Maher, 1990).

DEFINICION OPERACIONAL: Conjunto de signos físicos y/o psicológicos de agresión, confirmados por la presencia en CAVI para solicitar apoyo de todo tipo (legal, psicológico, familiar).

POBLACION

Se tomó una muestra de 31 niños que presentó evidencias físicas y psicológicas de la existencia de síndrome de maltrato de 8 a 12 años de edad, mujeres u hombres, referidos al Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, mismos que llegaron en forma esporádica y variable, se captó la muestra a lo largo de varios meses en un período comprendido de enero de 1993 a septiembre de 1994. Para el grupo control se tomó una muestra de 25 niños de 8 a 12 años de edad, mujeres u hombres que nunca han presentado evidencia o la menor sospecha de maltrato físico por algún familiar u otra persona alumnos de la escuela primaria "Laura Mendez de la Cuenca", se buscaron niños que tuvieran las mismas edades, escolaridad y sexo, que en el grupo de maltrato (muestras equivalentes).

TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional.

No probabilístico porque la elección de los sujetos no se realizó al azar y los datos que se obtuvieron no se pudieron generalizar a toda la población. Intencional, porque los niños cumplieron con las siguientes características: presentaban síndrome de maltrato físico y/o psicológico; con edades entre los 8 y 12 años; mujeres u hombres; referidos al Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar; en el grupo control cumplieron con las mismas características del grupo de niños maltratados, excepto en que no hubiera evidencia de maltrato y fueron extraídos de la escuela primaria "Laura Mendez de la Cuenca". Además se busco que la población que fue seleccionada para el grupo control tuviera las mismas edades, escolaridad, sexo, de tal manera que fueran equivalentes, incluyendo que tuviesen el mismo nivel social (medio bajo).

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio empleado es de campo ya que se ha estudiado a un determinado grupo de personas, en su medio natural (Pick y López, 1979).

TIPO DE DISEÑO

El diseño empleado consistió en dos muestras independientes ya que se trata de dos grupos de diferentes poblaciones y el interés es ver si hay diferencia entre los dos, y si es debido a la variable independiente (Pick y López, 1979).

INSTRUMENTO

El cuestionario de depresión para niños (CDS) de M. Lang. y M. Tisher (1990) fue creado con la finalidad de utilizarse como un elemento de apoyo en los casos en que se sospeche la depresión, evalúa global y específicamente la depresión en los niños cuyas edades van de 8-16 años. Se eligió por su accesibilidad y por haber sido aplicada anteriormente a una muestra de niñas mexicanas con buenos resultados en confiabilidad y validez (Gutiérrez Lara y Contreras, 1995). Puede administrarse en forma individual ó colectiva, con una duración aproximada de 30 minutos. Los puntajes crudos por cada subescala se transforman a decatipos. Teniendo así que : Los puntajes por debajo de 4 se pueden considerar como "optimistas"; los puntajes entre 4 y 7 como "normales" y los puntajes mayores de 7 se consideran como "deprimidos". Contiene 66 reactivos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Se eligió por su accesibilidad y por haber sido aplicada anteriormente a una muestra de niños mexicanos, con buenos resultados en confiabilidad y validez.

Estos dos conjuntos se mantuvieron separados y permitieron dos subescalas generales independientes: **TOTAL DEPRESIVO (TD)** y **TOTAL POSITIVO (TP)**.

TOTAL DEPRESIVO (con 6 subescalas):

- RA:** Respuesta afectiva (8 elementos), alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.
- PS:** Problemas sociales (8 elementos), se refiere a la dificultad en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- AE:** Autoestima (8 elementos), se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

PM: Preocupación por la muerte/salud (7 elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

SC: Sentimiento de culpabilidad (8 elementos), se refiere a la autopunición del niño.

DV: Depresivo varios (9 elementos), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

TOTAL POSITIVO (con 2 subescalas):

AA: Animo/Alegría (8 elementos), alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o su incapacidad para experimentarlas.

PV: Positivos Varios (10 elementos) incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Cada elemento del cuestionario CDS se puntó en una escala de 1 a 5 puntos, en la dirección del rasgo de la depresión, desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo" en los elementos de tipo depresivo y desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo" en los de tipo positivo.

EL CDS es aplicable a niños comprendidos entre los 8 y 16 años de edad, es decir a sujetos que puedan comprender el contenido de los elementos.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar se solicitó autorización a la Dirección del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar para tener acceso a los casos detectados de niños maltratados. Así mismo se hizo la solicitud a la escuela primaria "Laura Mendez de Cuenca" para realizar la aplicación del CDS.

En el CAVI, los menores maltratados son detectados mediante la denuncia telefónica de algún familiar, vecino, maestro, etc. Entonces se realiza la visita domiciliaria cuyo objetivo consiste en entregar un citatorio dirigido a el agresor del menor o quienes tengan su custodia, quienes deberán presentarse con el niño. En el Centro se realiza una valoración psicológica y médica en la que se verifica la existencia del maltrato al menor, levantándose entonces la ficha de ingreso correspondiente que contiene los datos tales como: edad, sexo, escolaridad y estado civil de los padres (que fueron utilizados para el análisis estadístico de los datos). Es en este momento, anterior al tratamiento psicológico, en que se sugiere la aplicación del Cuestionario. El CDS se aplicó de manera individual utilizando un espacio que presentó condiciones adecuadas de iluminación y ventilación. Los autores de la prueba consideran importante lograr un clima de cooperación entre el examinador y el examinado. Enseguida, se aplicó la prueba de acuerdo a las normas sugeridas por las autoras. El tiempo aproximado de aplicación fue de 30 minutos en un período que abarca de enero de 1993 a septiembre de 1994.

En la escuela primaria "Laura Mendez de Cuenca", los niños fueron seleccionados por sus profesores y de acuerdo a las mismas edades, sexo y escolaridad que los niños maltratados, poniendo especial atención en que estos niños no presentaran evidencias de maltrato. El CDS se aplicó en forma colectiva en las mismas condiciones físicas en las que se aplicó en el grupo de niños maltratados los días 9 y 12 de diciembre de 1994. Se recaudaron 25 sujetos control dada la dificultad para equiparar el grupo de maltrato en cuanto a mayor edad y menor grado escolar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos en el presente estudio se utilizó el Análisis de Varianza (ANOVA) que nos indicó la interacción entre las submuestras (edad, sexo, grado escolar del menor, sexo del agresor y puntajes del CDS) de cada grupo. Así como la prueba "T" en el caso de comparar los promedios de solo 2 grupos (Downie y Heath, 1970).

CAPITULO III.2

ANALISIS DE RESULTADOS

III.11 ANALISIS DE RESULTADOS

Para el manejo de los datos se formaron los siguientes grupos de acuerdo con las variables estudiadas.

- Grupos definidos por maltrato y no maltrato:

- 1) Niños no maltratados (N = 25) 2) Niños maltratados (N = 31)

- Grupos definidos por el sexo de los encuestados:

- 1) Femenino (N = 25) 2) Masculino (N = 31)

- Grupos definidos por la edad de los niños: de 7 a 12 años.

- Grupos definidos por grado escolar: de 1° a 6° de Primaria.

- Grupos definidos por la fuente de maltrato:

- 1) Femenino (madre) 2) Masculino (padre) 3) No maltrato

Se hizo un análisis adicional diferenciando el tipo de maltrato, teniendo grupos definidos por tipo de maltrato: 1.- No maltrato (NM); 2.- Maltrato Físico (MF); 3.- Maltrato Físico y Psicológico (MFP).

El objetivo del presente trabajo fue conocer la diferencia entre los puntajes obtenidos en niños maltratados y no maltratados sin distinguir el tipo de maltrato. Sin embargo, en la recopilación de datos, se observó que algunos de los niños maltratados, presentaban un maltrato psicológico más acentuado, por lo que se decidió llevar a cabo este análisis adicional. Esto es, el grupo de niños maltratados fue captado del CAVI, por lo que previo a la aplicación de la prueba, se les entrevistó con el fin de verificar la existencia de maltrato. En ciertos casos, de la entrevista se obtuvo que algunos niños estaban más preocupados por los mensajes recibidos de los padres, por sus actitudes, etc., por lo que nos hizo suponer que era más importante para ellos el maltrato psicológico adicional al maltrato físico sufrido y se decidió analizar las diferencias entre estos subgrupos de maltrato (Maltrato Físico, y Maltrato Físico y Psicológico).

Con el total de datos obtenidos se realizó el análisis estadístico empleando un análisis de varianza (ANOVA), ya que se trató de varios grupos de datos, que debían considerarse simultáneamente. Además de tomar en cuenta las posibles interacciones de las variables, estimando la varianza debida a la interacción. En algunos casos, en que se comparó la diferencia de promedios entre 2 grupos, el análisis se realizó con la prueba "T". Por tanto, todos los datos, variables con sus categorías y puntajes transformados del CDS, se analizaron estadísticamente con la prueba "T" y el análisis de varianza.

Resultados e Interpretación:

El análisis incluyó tanto a niños maltratados (N = 31), como a niños no maltratados (N = 25), cuyas edades fluctuaron entre los 7 y 12 años. Siendo 25 niñas y 31 niños (Tabla 1).

En términos generales, podemos decir que ambos grupos obtuvieron puntajes dentro de lo normal.

Recordemos que dado que los puntajes se dan en decatipos, tenemos la siguiente distribución de puntuaciones: a los "optimistas" (puntajes menores de 4); a los "normales" (entre 4 y 7) y a los "deprimidos" con puntajes mayores de 7. Así, encontramos que en el grupo control todas las subescalas de depresión presentaron puntajes normales, mientras en el grupo maltrato, la escala que mide la respuesta afectiva (RA) obtiene un valor por arriba de lo normal ($\bar{X} = 7.129 \pm 0.34$) sin que exista una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Sin embargo, este dato sugiere que en los niños maltratados, se presentan más sentimientos de desamparo y carencia de afecto con repercusión en su estado de ánimo, lo cual resulta lógico y la escala es sensible para detectarlo.

En el primer análisis se compararon los resultados del grupo control contra los del grupo de maltrato.- Encontrándose que en la escala de alegría (AA), hubo diferencias significativas al $P < .0001$, con un valor de $T = -4.064$ (GL, 54). En el grupo control se obtuvo un puntaje promedio de $\bar{X} = 9.8 \pm 0.11$ y en el grupo de maltrato de $\bar{X} = 6.9 \pm 0.61$. Lo que indica que los niños control reflejaron más alegría que los maltratados. O dicho de otro modo, los niños maltratados tienen más dificultad para experimentar alegría o placer que los otros.

Se encontraron además, diferencias significativas al $P < 0.05$ en los puntajes de la escala de depresivos varios (DV), con un valor de $T = -1.997$ (GL54), teniendo como promedio en el grupo control ($\bar{X} = 6.2 \pm 0.31$) y en el grupo de maltrato ($\bar{X} = 5.16 \pm 0.39$). Presentando puntajes ligeramente más altos los niños control que los niños maltratados. Al comparar la diferencia de puntajes de alegría (AA) con los de depresivos varios (DV) se pueden contradecir, en cuanto a esperar menos alegría - más depresión y viceversa -.Pero, la incapacidad para experimentar placer es, en sí, una característica de la depresión. Puede ser más fácil ocultar los sentimientos depresivos que fingir una alegría que no se siente. Esto se ve reforzado por que en los puntajes de positivos varios (PV), también hubo diferencias

significativas $P < .007$ con un valor de $T = -2.797$ con 4 GL. En que el grupo control obtuvo una \bar{X} de 9.04 ± 0.48 y el grupo de maltrato de $\bar{X} = 7.32 \pm 0.38$.

Además el puntaje total positivo (TP) también presentó diferencias significativas ($P < .0001$), con un valor de $T = -4.051$ (G154). Teniendo que el grupo control obtuvo una $\bar{X} = 9.760 \pm 0.13$ y el grupo maltrato de $\bar{X} = 7.61 \pm 0.46$, lo cual hace consistente la posibilidad de que los niños maltratados experimenten placer o alegría con más dificultad que los niños control. La anhedonia es un rasgo importante para distinguir un cuadro de depresión. Conforme a los criterios del CDS, las escalas (AA, PV y TP) tienen como finalidad por un lado evitar que la prueba sea depresogénica y por otro, medir precisamente la incapacidad de experimentar alegría, placer u optimismo.

El análisis por sexo incluyó 25 niñas y 31 niños considerando ambos grupos (maltratado - no maltratado). No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de niños y niñas. Aunque se observó un puntaje alto en la escala de respuesta afectiva (RA) en el sexo femenino ($\bar{X} = 7.04 \pm 0.31$) que en el masculino ($\bar{X} = 6.64 \pm 0.39$). Sugiriendo una mayor tendencia a sufrir sentimientos de desamparo o carencia de afecto en las niñas que en los niños (Tabla 2).

Además los datos fueron analizados considerando la fuente de maltrato: 1.- Femenino (madre); 2.- Masculino (padre) y 3.- Grupo Control (No Maltrato). Este análisis arrojó diferencias significativas, también, en las escalas positivas: Alegría (AA), Positivos Varios (PV) y Total Positivo (TP) (Tabla 3).

Para la escala AA se obtuvo un valor de $F_{2,53} = 8.179$ $P < 0.001$. El grupo 1, en que el agresor fue la madre, obtuvo una media de $\bar{X} = 7.16 \pm 0.96$; para el grupo 2 (maltrato por el padre) se tiene $\bar{X} = 6.84 \pm 0.82$ y para el grupo 3 (control) de $\bar{X} = 9.80 \pm 0.11$.

Para PV se tuvo un valor de $F_{2,53} = 4.40$ $P < 0.01$. El grupo 1 obtuvo una media de $\bar{X} = 7.8 \pm 0.64$, el grupo 2 una media $\bar{X} = 7.00 \pm 0.47$ y el grupo control $\bar{X} = 9.04 \pm 0.48$.

Por último, el TP obtuvo una $F_{2,53} = 8.54$ $P < 0.001$. El grupo en el que la madre fue el agresor obtuvo una $\bar{X} = 8.00 \pm 0.71$ en el que el padre fue el agresor $\bar{X} = 7.36 \pm 0.61$ y para el grupo control $\bar{X} = 9.76 \pm 0.13$.

Como puede observarse los puntajes en las escalas positivas son más altos en el grupo de niños no maltratados.

Del análisis de los datos considerando la variable edad (7 - 12 años) se obtuvieron diferencias significativas para el grado escolar y para la escala que mide la carencia de afecto o respuesta afectiva (RA) (Tabla 4).

El grado escolar fue significativo al $P < 0.0001$ con un valor de $F_{5,24} = 26.11$.

Para la carencia afectiva (PA) se obtuvo una $F_{5,24} = 3.29$ $P < 0.021$. Los puntajes promedio para cada edad (7 - 12 años) fueron los siguientes:

Para los niños de 7 años $\bar{X} = 7.60 \pm 1.12$; 8 años $\bar{X} = 7.42 \pm 0.57$; 9 años $\bar{X} = 9.50 \pm 0.50$; 10 años $\bar{X} = 5.16 \pm 0.74$; 11 años $\bar{X} = 7.50 \pm 0.61$ y por último, 12 años $\bar{X} = 6.50 \pm 0.50$.

Los niños que fueron más sensibles a la carencia de afecto fueron los de 7, 8, 9 y 11 años, sobre todo los de 9 años con un puntaje muy alto.

Además, se encontraron puntuaciones altas no significativas en otras escala, como positivos varios $\bar{X} = 7.60 \pm 1.07$ y total positivo $\bar{X} = 8.00 \pm 0.70$ para los niños de 7 años.

El grupo formado por los niños de 9 años fue el que presentó puntuaciones altas prácticamente en todas las escalas de depresión incluido el total depresivo. Los puntajes promedio de éstos niños fueron para alegría (AA) $\bar{X} = 8.00 \pm 1.41$, respuesta afectiva (RA) $\bar{X} = 9.50 \pm 0.50$, desamparo (PS) $\bar{X} = 7.25 \pm 0.75$, Autoestima (AE) $\bar{X} = 7.50 \pm 0.50$, Ansiedad (PM) $\bar{X} = 7.00 \pm 0.81$, Sentimientos de Culpa (SC) $\bar{X} = 7.75 \pm 0.47$, Total Positivo (TP) $\bar{X} = 7.250 \pm 1.18$ y para el Total Depresivo (TD) $\bar{X} = 8.25 \pm 0.25$.

Este grupo de niños parece ser el que más representa un perfil depresivo.

Los niños de 10 años obtuvieron puntajes altos en Alegría (AA) $\bar{X} = 8.00 \pm 1.03$, Positivos Varios (PV) $\bar{X} = 8.50 \pm 0.95$ y Total Positivo (TP) $\bar{X} = 8.66 \pm 0.71$.

Los niños de 11 años presentaron puntajes altos en las escalas positivas de AA ($\bar{X} = 7.33 \pm 1.30$), PV ($\bar{X} = 7.33 \pm 1.11$) y TP ($\bar{X} = 7.66 \pm 1.47$) y las escalas depresivas de la RA ($\bar{X} = 7.50 \pm 0.61$), PS ($\bar{X} = 7.33 \pm 0.80$), PM ($\bar{X} = 7.33 \pm 0.71$).

Del análisis de datos considerando el grado escolar no se obtuvieron diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los niños en cada una de los grados escolares (1° - 6° P.) (Tabla 5).

A continuación se indican los puntajes altos obtenidos por los grupos formados de acuerdo al grado escolar. Los niños que cursaban el 1° de primaria obtuvieron un puntaje alto en carencia afectiva (RA) $\bar{X} = 7.50 \pm 1.44$ y en las escalas positivas de positivos varios (PV) $\bar{X} = 8.25 \pm 1.10$ y total positivos $\bar{X} = 7.75 \pm 0.85$.

Los niños de 2° de primaria, fueron sensibles a la carencia de afecto ($\bar{X} = 7.40 \pm 0.81$) y a la autoestima ($\bar{X} = 7.00 \pm 1.14$).

Los de 3° de primaria a la carencia de afecto $\bar{X} = 7.00 \pm 0.54$ y a problemas sociales (PS) $\bar{X} = 7.00 \pm 0.31$.

Para los niños que cursaban el 4° grado se tienen puntajes altos para las escalas positivas: Alegría $\bar{X} = 8.00 \pm 1.00$, positivos varios $\bar{X} = 7.50 \pm 0.77$ y total positivos $\bar{X} = 8.00 \pm 0.88$. Además, en las escalas depresivas de carencia de afecto ($\bar{X} = 7.62 \pm 1.01$), problemas sociales ($\bar{X} = 7.25 \pm 0.62$), ansiedad ($\bar{X} = 7.12 \pm 0.83$) y total depresivo ($\bar{X} = 7.25 \pm 0.62$).

Sin haber existido diferencias significativas del análisis por grado escolar, es notable como se agrupan los rasgos depresivos, incluido el total depresivo, en los niños de 4° año, a diferencia de todos los demás.

Para los alumnos de 5° año se tuvieron puntajes promedio altos en positivos varios (8.16 ± 1.07) y total positivo (8.83 ± 1.16).

El análisis de datos adicional en que se diferencié el tipo de maltrato con tres grupos: No Maltrato (Control / NM) / Maltrato Físico (MF) / Maltrato Físico y Psicológico (MFP), muestra diferencias significativas en las subescalas positivas: Alegría (AA), Positivos Varios (PV) y Total Positivos (TP). Para la escala Alegría (AA) significativa al $P < 0.0001$ con un valor de $F_{2,53} = 14.28$. Teniendo para el grupo de no maltrato una $\bar{X} = 9.80 \pm 0.11$; para maltrato físico $\bar{X} = 5.50 \pm 0.93$ y maltrato físico y psicológico $\bar{X} = 8.17 \pm 0.72$. Para Positivos Varios (PV) que alude a pensamientos optimistas se encontraron diferencias significativas al $P < 0.003$ con un valor de $F_{2,53} = 6.63$. Teniendo los siguientes puntajes promedio para el grupo control $\bar{X} =$

9.04 ± 0.48; para el grupo maltrato físico de 6.35 ± 0.59 y los del grupo maltrato físico y psicológico $\bar{X} = 8.11 \pm 0.42$ (Tabla 6).

Además, el puntaje Total Positivo (TP) que incluye las 2 anteriores (alegría AA y optimismo PV) también presenta diferencias en la misma dirección. Las diferencias son significativas al $P < 0.0001$ con un valor de $F_{2.53} = 26.25$. Presentando los siguientes puntajes promedio: para el grupo NM $\bar{X} = 9.76 \pm 0.13$; para el grupo MF $\bar{X} = 5.92 \pm 0.73$ y para el grupo de MFP $\bar{X} = 9.00 \pm 0.33$.

Como podemos observar los puntajes del grupo control y el grupo de maltrato físico y psicológico son similares y los de maltrato físico presentan puntajes significativamente más bajos.

Lo que parece indicar que los niños con maltrato físico tienen más incapacidad para experimentar alegría y la ausencia de diversión y felicidad que los niños control y los que sufren de maltrato físico y psicológico. Lo anterior puede explicarse porque en el caso del maltrato físico no hay correspondencia entre la conducta del niño y el maltrato no es contingente ni controlable por él, lo que puede hacer que lo internalicen como agresión. En el caso del Maltrato Físico y Psicológico se da una identificación con el agresor atribuyéndole justificación al maltrato como medida correctiva o con más relación con la conducta del niño, lo que les "explica" el maltrato y lo hace menos nocivo de momento. Además se ha visto que las consecuencias del maltrato psicológico se presentan a largo plazo según (Fernández V).

También se encontraron diferencias significativas en los puntajes de Depresivos Varios (DV) al $P < 0.04$ con un valor de $F_{2.53} = 3.26$. Teniendo los siguientes puntajes promedio para los tres grupos: NM $\bar{X} = 6.20 \pm 0.31$; para MF $\bar{X} = 4.57 \pm 0.59$ y para MFP $\bar{X} = 5.64 \pm 0.51$. Esta subescla mide rasgos depresivos variados y los puntajes de los tres grupos están dentro

de lo normal. Observándose, incluso, un puntaje más bajo en el grupo de maltrato físico, lo que hablaría de menos rasgos depresivos. Lo anterior contradice lo esperado de que a menor alegría mayor depresión y viceversa. Recordemos que en el primer análisis de maltrato contra no maltrato, se obtuvo una relación similar. Estos resultados se pueden explicar de dos formas: Por un lado se puede hablar de algún mecanismo de defensa, generalmente negación, del estado de ánimo depresivo y por otro la incapacidad o ausencia de placer y alegría es más difícil de fingir que encubrir los sentimientos dolorosos o depresivos. Es decir, es más difícil fingirse felices que negar estar deprimidos.

TABLA 1

SE MUESTRAN LOS PROMEDIOS, DESVIACIONES Y ERRORES ESTANDAR DE LOS PUNTAJES DEL CDS OBTENIDOS POR EL GRUPO MALTRATO vs EL GRUPO CONTROL. (Se resaltan los puntajes significativos y/o altos).

CONTROL

	A A	R A	P S	A E	P M
No. DE CASOS	25	25	25	25	25
MEDIA	9.800	6.440	6.600	6.000	6.560
DESVIACION ESTANDAR	0.577	1.917	1.842	2.120	2.123
ERROR ESTANDAR	0.115	0.383	0.368	0.424	0.425

	S C	D V	P V	T P	T D
No. DE CASOS	25	25	25	25	25
MEDIA	5.320	6.200	9.040	9.760	6.560
DESVIACION ESTANDAR	2.231	1.555	2.441	0.663	1.850
ERROR ESTANDAR	0.446	0.311	0.488	0.133	0.370

MALTRATO

	A A	R A	P S	A E	P M
No. DE CASOS	31	31	31	31	31
MEDIA	6.968	7.129	6.419	6.194	6.290
DESVIACION ESTANDAR	3.440	1.928	1.747	1.990	1.953
ERROR ESTANDAR	0.618	0.346	0.314	0.357	0.351

	S C	D V	P V	T P	T D
No. DE CASOS	31	31	31	31	31
MEDIA	5.516	5.161	7.323	7.613	6.323
DESVIACION ESTANDAR	2.249	2.192	2.151	2.578	1.973
ERROR ESTANDAR	0.404	0.394	0.386	0.463	0.354

TABLA 2

SE MUESTRA LA INFLUENCIA DE LA VARIABLE SEXO EN LOS PUNTAJES DE COS (En negritas las puntuaciones altas).

NIÑAS

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	25	25	25	25	25
MEDIA	7.840	7.040	6.360	6.560	5.320
DESVIACION ESTANDAR	3.184	1.567	1.777	1.917	1.887
ERROR ESTANDAR	0.637	0.313	0.355	0.383	0.377

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	25	25	25	25	25
MEDIA	5.520	8.080	8.400	6.480	1.920
DESVIACION ESTANDAR	1.806	2.414	2.255	1.806	0.909
ERROR ESTANDAR	0.361	0.483	0.451	0.361	0.182

NIÑOS

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	31	31	31	31	31
MEDIA	8.548	6.645	5.968	6.290	5.516
DESVIACION ESTANDAR	2.731	2.199	2.228	2.116	2.488
ERROR ESTANDAR	0.490	0.395	0.400	0.380	0.447

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	31	31	31	31	31
MEDIA	5.710			6.387	1.806
DESVIACION ESTANDAR	2.140	2.468	2.239	2.011	0.833
ERROR ESTANDAR	0.386	0.443	0.402	0.361	0.150

TABLA 3

SE MUESTRAN LOS PUNTAJES DEL CDS CONSIDERANDO LA FUENTE DE MALTRATO

AGRESOR (MADRE)

	A A	R A	P S	A E	P M
No. DE CASOS	12	12	12	12	12
MEDIA	7.167	6.750	6.833	5.917	6.167
DESVIACION ESTANDAR	3.353	2.379	1.697	1.832	2.125
ERROR ESTANDAR	0.968	0.687	0.490	0.529	0.613

	S C	D V	P V	T P	T D
No. DE CASOS	12	12	12	12	12
MEDIA	6.250	5.667	7.833	8.000	6.500
DESVIACION ESTANDAR	1.913	2.498	2.250	2.486	1.977
ERROR ESTANDAR	0.552	0.721	0.649	0.718	0.571

AGRESOR (PADRE)

	A A	R A	P S	A E	P M
No. DE CASOS	19	19	19	19	19
MEDIA	6.842	7.368	6.158	6.368	6.368
DESVIACION ESTANDAR	3.579	1.606	1.772	2.114	1.892
ERROR ESTANDAR	0.821	0.368	0.407	0.485	0.434

	S C	D V	P V	T P	T D
No. DE CASOS	19	19	19	19	19
MEDIA	5.853	4.842	7.000	7.368	6.211
DESVIACION ESTANDAR	2.368	1.979	2.082	2.671	2.016
ERROR ESTANDAR	0.543	0.454	0.478	0.613	0.463

TABLA 3 (CONTINUA)

NO MALTRATO

	A A	R A	P S	A E	P M
No. DE CASOS	25	25	25	25	25
MEDIA	9.800	6.440	6.680	6.080	6.560
DESVIACION ESTANDAR	0.577	1.917	1.842	2.120	2.123
ERROR ESTANDAR	0.115	0.383	0.383	0.425	0.425

	S C	D V	P V	T P	T O
No. DE CASOS	25	25	25	25	25
MEDIA	5.320	6.200	9.040	9.760	6.560
DESVIACION ESTANDAR	2.231	1.555	2.441	0.663	1.050
ERROR ESTANDAR	0.446	0.311	0.488	0.133	0.370

TABLA 4

SE MUESTRA LOS PUNTAJES DEL CDS CONSIDERANDO LA VARIABLE EDAD.

EDAD 7 AÑOS

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	5	5	5	5	5
MEDIA	6.600	7.600	5.400	6.200	6.200
DESVIACION ESTANDAR	4.669	2.510	1.673	1.924	0.837
ERROR ESTANDAR	2.088	1.122	0.748	0.860	0.374

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	5	5	5	5	5
MEDIA	6.200	4.000	7.600	8.000	6.600
DESVIACION ESTANDAR	2.280	1.581	2.408	1.581	
ERRDR ESTANDAR	1.020	0.707	1.077	0.707	

EDAD 8 AÑOS

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	7	7	7	7	7
MEDIA	6.000	7.429	6.000	6.857	6.571
DESVIACION ESTANDAR	4.000	1.512	1.633	2.193	1.718
ERROR ESTANDAR	1.512	0.571	0.617	0.829	0.649

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	7	7	7	7	7
MEDIA	5.000	5.000	6.857	6.571	6.571
DESVIACION ESTANDAR	3.055	2.070	2.193	2.992	2.149
ERROR ESTANDAR	1.155	0.782	0.782	1.131	0.812

TABLA 4 (CONTINUA)

EDAD 9 AÑOS

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	4	4	4	4	4
MEDIA	8.000	9.500	7.250	7.500	7.000
DESVIACION ESTANDAR	2.828	1.000	1.500	1.000	1.633
ERROR ESTANDAR	1.414	0.500	0.750	0.500	0.816

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	4	4	4	4	4
MEDIA	7.750	6.250	6.000	7.250	8.250
DESVIACION ESTANDAR	0.957	1.500	1.155	2.363	0.500
ERROR ESTANDAR	0.479	0.750	0.577	1.181	0.250

EDAD 10 AÑOS

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	6	6	6	6	6
MEDIA	8.000	5.167	6.000	4.333	5.167
DESVIACION ESTANDAR	2.530	1.835	1.789	1.966	2.927
ERROR ESTANDAR	1.033	0.749	0.730	0.883	1.195

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	6	6	6	6	6
MEDIA	4.500	4.833	8.500	8.667	4.833
DESVIACION ESTANDAR	2.588	3.189	2.345	1.751	2.137
ERROR ESTANDAR	1.057	1.302	0.957	0.715	0.872

TABLA 4 (CONTINUA)

EDAD 11 AÑOS

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	6	6	6	6	6
MEDIA	7.333	7.500	7.333	6.833	7.333
DESVIACION ESTANDAR	3.204	1.517	1.966	1.941	1.751
ERROR ESTANDAR	1.308	0.619	0.803	0.792	0.715

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	6	6	6	6	6
MEDIA	5.500	6.333	7.333	7.667	6.500
DESVIACION ESTANDAR	1.225	1.862	2.733	3.615	2.074
ERROR ESTANDAR	0.500	0.760	1.116	1.476	0.847

EDAD 12 AÑOS

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	2	2	2	2	2
MEDIA	3.500	6.500	6.000	5.500	4.000
DESVIACION ESTANDAR	3.536	0.707	0.000	0.707	0.000
ERROR ESTANDAR	2.500	0.500	0.000	0.500	0.000

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	2	2	2	2	2
MEDIA	5.000	3.000	7.500	6.000	5.000
DESVIACION ESTANDAR	1.414	1.414	0.707	2.828	0.000
ERROR ESTANDAR	1.000	1.000	0.500	2.000	0.000

TABLA 5

SE MUESTRA LOS PUNTAJES EN EL CDS CONSIDERANDO EL GRADO ESCOLAR

1o. GRADO DE PRIMARIA

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	4	4	4	4	4
MEDIA	5.750	7.500	4.750	6.500	6.500
DESVIACION ESTANDAR	4.924	2.887	0.957	0.577	0.577
ERROR ESTANDAR	2.462	1.443	0.479	0.289	0.289

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	4	4	4	4	4
MEDIA	6.250	4.000	8.250	7.750	6.500
DESVIACION ESTANDAR	2.630	1.826	2.217	1.708	2.082
ERROR ESTANDAR	1.315	0.913	1.109	0.854	1.041

2o GRADO DE PRIMARIA

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	5	5	5	5	5
MEDIA	6.200	7.400	5.800	7.000	5.800
DESVIACION ESTANDAR	3.701	1.817	1.924	2.550	1.643
ERROR ESTANDAR	1.655	0.812	0.860	1.140	0.735

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	5	5	5	5	5
MEDIA	4.600	4.800	6.800	6.800	6.200
DESVIACION ESTANDAR	2.608	2.168	2.280	2.280	2.387
ERROR ESTANDAR	1.166	0.970	1.020	1.020	1.068

TABLA 5 (CONTINUA)

3o. GRADO DE PRIMARIA

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	5	5	5	5	5
MEDIA	5.400	7.000	7.000	6.400	6.000
DESVIACION ESTANDAR	3.578	0.707	0.707	1.140	2.236
ERROR ESTANDAR	1.600	0.316	0.316	0.510	1.000

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	5	5	5	5	5
MEDIA	5.600	6.000	5.800	6.200	6.800
DESVIACION ESTANDAR	3.286	1.871	2.588	3.114	1.304
ERROR ESTANDAR	1.470	0.837	1.158	1.393	0.583

4o. GRADO DE PRIMARIA

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	8	8	8	8	8
MEDIA	8.000	7.625	7.250	6.250	7.125
DESVIACION ESTANDAR	2.828	2.875	1.753	1.909	2.357
ERROR ESTANDAR	1.000	1.017	0.620	0.675	0.833

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	8	8	8	8	8
MEDIA	6.375	6.250	7.500	8.000	7.250
DESVIACION ESTANDAR	1.923	2.252	2.204	2.507	1.753
ERROR ESTANDAR	0.620	0.796	0.779	0.886	0.620

TABLA 5 (CONTINUA)

5o GRADO DE PRIMARIA

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	6	6	6	6	6
MEDIA	9.000	6.833	6.167	5.833	6.333
DESVIACION ESTANDAR	2.000	1.602	2.137	2.927	2.251
ERROR ESTANDAR	0.816	0.654	0.872	1.195	0.919

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	6	6	6	6	6
MEDIA	5.000	5.000	8.167	8.833	5.167
DESVIACION ESTANDAR	2.000	2.608	2.639	2.858	2.639
ERROR ESTANDAR	0.816	1.065	1.078	1.167	1.078

6o GRADO DE PRIMARIA

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	2	2	2	2	2
MEDIA	1.000	7.000	6.000	6.000	4.000
DESVIACION ESTANDAR	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
ERROR ESTANDAR	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	2	2	2	2	2
MEDIA	6.000	2.000	7.000	4.000	5.000
DESVIACION ESTANDAR	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
ERROR ESTANDAR	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

TABLA 6

MUESTRA DE LOS PUNTAJES PROMEDIOS OBTENIDOS DEL ANALISIS ADICIONAL DIFERENCIANDO EL TIPO DE MALTRATO: GRUPO CONTROL O NO MALTRATO, MALTRATO FISICO Y MALTRATO FISICO Y PSICOLOGICO. (En negritas destacan los puntajes significativos y/o altos).

NO MALTRATO

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	25	25	25	25	25
MEDIA	9.800	6.440	6.680	6.080	6.560
DESVIACION ESTANDAR	0.577	1.917	1.842	2.120	2.123
ERROR ESTANDAR	0.115	0.383	0.368	0.424	0.425

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	25	25	25	25	25
MEDIA	5.320	6.200	9.040	9.760	6.560
DESVIACION ESTANDAR	2.231	1.555	2.441	0.663	1.850
ERROR ESTANDAR	0.446	0.311	0.488	0.133	0.370

MALTRATO FISICO

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	14	14	14	14	14
MEDIA	5.500	7.071	5.929	6.071	5.929
DESVIACION ESTANDAR	3.481	1.685	1.730	2.464	1.859
ERROR ESTANDAR	0.930	0.450	0.462	0.659	0.497

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	14	14	14	14	14
MEDIA	5.143	4.571	6.357	5.929	5.643
DESVIACION ESTANDAR	2.713	2.209	2.240	2.731	2.373
ERROR ESTANDAR	0.725	0.590	0.599	0.730	0.634

MALTRATO FISICO Y PSICOLOGICO

	AA	RA	PS	AE	PM
No. DE CASOS	17	17	17	17	17
MEDIA	8.176	7.176	6.824	6.294	6.588
DESVIACION ESTANDAR	2.984	2.157	1.704	1.572	2.033
ERROR ESTANDAR	0.724	0.523	0.413	0.381	0.493

	SC	DV	PV	TP	TD
No. DE CASOS	17	17	17	17	17
MEDIA	5.824	5.647	8.118	9.000	6.882
DESVIACION ESTANDAR	1.811	2.120	1.764	1.369	1.409
ERROR ESTANDAR	0.439	0.514	0.428	0.332	0.342

CAPITULO IV
CONCLUSIONES / DISCUSION

IV. CONCLUSIONES / DISCUSION

El objetivo de la presente investigación, consistió en conocer la existencia de depresión en un grupo de niños que presentaron síndrome de maltrato. Y de acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar que efectivamente existen algunos síntomas de depresión en los niños que han sufrido maltrato por parte de sus progenitores, lo cual permite rechazar la hipótesis nula H_0 que dice: "No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de las respuestas del Cuestionario de Depresión para Niños C. D. S., que se aplicó a un grupo de 31 niños con síndrome de maltrato con respecto a un grupo de 25 niños no maltratados, cuyas edades fluctúan entre 8 y 12 años."

En el presente estudio se comprueban las observaciones de algunos autores como Blumberg (cit en Gutiérrez, 1991), Gold (1986), Goensbaver y Rodeheffer (cit en Cirillo y Di Blasio, 1989), Green (cit en Maher, 1990, Spitz (cit en Ayuso y Saiz, 1981) y Wolfe, et al, 1981); quienes señalan la existencia de una relación directa entre maltrato y depresión.

También se comprueba la observación realizada por Kashani y Col., 1989 (cit en Contreras, Gutiérrez y Lara, 1994) referente a la variabilidad de cuadro clínico de depresión infantil de acuerdo con la edad y grado de desarrollo del niño. En esta investigación se encontró que en los niños menores los sentimientos de desamparo y carencia de afecto fueron más significativos que en los mayores, en los que aparecían otros rasgos como problemas sociales y sentimientos de culpa. Observando un pico de depresión en las edades de 9 a 11 años con puntuaciones altas en la mayoría de las escalas depresivas, en especial los niños de 9 años de edad. Esta se correlacionó claramente con el grado escolar apareciendo el mismo perfil para los niños que cursaban el 4º grado.

Tal parece que el tipo de relaciones que se establecen dentro de la familia son un factor importante para la aparición de síntomas depresivos (Polaino 1985). Según Del Barrio el grupo familiar es el primer agente de

socialización del niño, influyendo de manera decisiva en el desarrollo de su estabilidad emocional, constituyéndolo a su vez en un elemento clave en la configuración de la depresión infantil Emery y McDermott, han encontrado una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de problemas en los hijos, tales como la depresión (cit en Frias, Mestre, Del Barrio y García, 1992).

Aunque en términos generales ambos grupos (maltrato y no maltrato) presentaron puntajes normales en las escalas que componen la prueba, se observó que en el grupo de maltrato la escala respuesta afectiva (RA), tuvo un valor ligeramente por arriba de lo normal, lo que nos sugiere este dato es que los niños maltratados presentan sentimientos de desamparo, carencia de afecto, tristeza, tal como los describe Osorio (1981), lo que repercute en su estado de ánimo, se les observa sombríos (Avellanosa, 1988).

Por otra parte en el análisis realizado entre los grupos de no maltratado y maltratado, encontramos que éste último presenta mayor incapacidad para experimentar placer o alegría, a lo cual, hace referencia Kempe y Kempe (1979), de que los niños con síndrome de maltrato presentan como una característica particular la ausencia de alegría. Esta dificultad para conseguir felicidad absoluta también es mencionada por Cobo (1992) como un rasgo importante para distinguir un cuadro de depresión.

En un análisis y más específico por tipo de maltrato (no maltrato, maltrato físico, y maltrato físico y psicológico), se observó que el grupo de maltrato físico tiene aún más incapacidad para experimentar alegría; llama la atención que en el grupo de maltrato físico y psicológico se encontraron puntajes muy similares al grupo de no maltrato en las escalas positivas. Lo que posiblemente indique que ellos justifican el maltrato como medida correctiva y de momento lo hace menos nocivo, sin embargo dejamos ésta aseveración para futuras y más profundas investigaciones.

En las escalas de depresivos varios encontramos los puntajes de grupo de maltrato ligeramente bajas, lo que nos habla de menos rasgos depresivos contradiciéndose con los resultados de las escalas positivas y contrario a lo esperado de que a menor alegría mayor depresión. Esto puede verse justificado con lo que refiere Cobo (1992) respecto a la utilización del mecanismo de defensa de la negación como medio para luchar contra la ansiedad.

En el análisis realizado por edades de los 7, 8, 9 y 11 años, se encontraron puntajes altos en la escala respuesta afectiva (RA) que alude al estado de humor de los sentimientos, especialmente a los de tristeza y desgracia; en los niños de 7 a 10 años se observó puntajes altos en las escalas positivas que se relacionan con la ausencia de alegría o a su incapacidad para experimentarla; el grupo de 11 años presentó puntajes altos en las escalas positivas ánimo-alegría (AA) positivos varios (PV) y por tanto en el total positivo (TP), así como en tres de las escalas depresivas respuesta afectiva (RA), problemas sociales (PS) y preocupación por la muerte (PM), éstas dos últimas se refieren a las dificultades en la interacción social, aislamientos y soledad del niño y a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte respectivamente. Referente a los niños de 9 años destacan las puntuaciones más altas y significativas en prácticamente todas las escalas depresivas incluido el total depresivo (TD), lo que nos indica que este grupo de niños parece ser el que más se acerca a un perfil depresivo.

En el análisis de los datos hecho con respecto al grado escolar en general no se obtuvieron datos significativos, pero si se resalta la similitud de las escalas que se presentaron con puntajes altos tanto en el 4º grado escolar como en el grupo de los 9 años.

Nos resulta curioso observar que en el estudio realizado por Gutiérrez (1991) con un grupo de niños normales, también los niños de 4º grado de primaria resultaban deprimidos. Lewis (1984) también nos indica, que hacia los 9 años de edad el desligamiento de la familia se vuelve evidente. Sus padres comienzan a decepcionarlo, ponen en tela de juicio todo cuanto los padres

hacen, al apartarse de los padres y establecer relaciones más estrechas con los coetaneos. Pearson señala que se refuerza la represión del conflicto edípico (cit en Lewis 1994).

En el análisis efectuado por sexo no se detectaron diferencias significativas entre ambas, sin embargo, se observó un puntaje alto en la escala de respuesta afectiva en el sexo femenino, lo que indica que las niñas tienen una mayor tendencia a sufrir sentimientos de desamparo, tristeza o carencia de afecto; sin que esto implique un perfil depresivo, pero quizá pueda haber una tendencia a desarrollarse si se toma en cuenta que se ha encontrado mayor frecuencia en la aparición de este trastorno en las mujeres (Calderón, 1984). Además, de que esta diferencia por sexos se presenta a partir de la adolescencia y las muestras estudiadas son de niños menores de 12 años.

Aunque consideramos que en el presente trabajo se encontraron resultados significativos, aún cuando nuestra muestra fue pequeña, la importancia de su estudio radica en prevenir la aparición de un trastorno depresivo en estos niños cuya situación emocional ya de por sí se encuentra afectada.

Cabe mencionar que en la realización de esta investigación, existieron algunas circunstancias que pudieron influir en los resultados obtenidos.

En primer lugar la forma de aplicación de la prueba fue diferente en los grupos. En el grupo experimental la aplicación se realizó de manera individual, lo que aseguró que los niños tuvieran claras las instrucciones además de la oportunidad de establecer un clima de cercanía y confianza. Por su parte la aplicación con los niños no maltratados fue de manera grupal y aunque se tomó un tiempo adecuado para platicar con los niños acerca de lo que realizaban en la escuela, así como para pedirles su cooperación en la contestación del cuestionario y para explicar ampliamente las instrucciones cabe la posibilidad de que la forma de aplicación influyera de algún modo, considerando también que la aplicación se efectuó el último día de clases antes de las vacaciones

decembrinas y los chicos se encontraban distraídos, pues realizaban festejos del mes.

En segundo lugar debe tomarse en cuenta que la selección de los niños no maltratados quedó a consideración de cada uno de sus profesores, tomándose como criterio que no existiera sospecha alguna de maltrato físico en los niños y fueran equivalentes en edad y grado, partiendo del supuesto de que los profesores tienen conocimiento de la situación familiar de sus alumnos.

Con respecto al Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) (Lang y Tisher, 1990), observamos que a pesar de ser una prueba confiable y estandarizada que mide depresión en niños, no debe ser considerada como un criterio único de diagnóstico de depresión. Se recomienda utilizar además criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1988) y/o una batería de pruebas adicional que explore rasgos asociados al trastorno. Observamos que la aplicación individual del cuestionario puede arrojar resultados más confiables, puesto que se puede complementar con la observación directa de la conducta del niño durante la sesión.

Como sugerencia para futuras investigaciones recomendamos ampliar el número de la población, la aplicación de una batería de pruebas para determinar con mayor precisión la presencia de rasgos depresivos aunado a la aplicación del Cuestionario de Depresión para niños (CDS) (Lang y Tisher, 1990), formular una ficha clínica especial para los casos de menores maltratados que incluya datos mucho más específicos en relación a su historia personal. En nuestro caso no contamos con tal ficha puesto que los datos del niño maltratado se recaban en un formato diseñado para mujeres maltratadas. Se sugiere incluir aspectos particulares de su situación actual (características familiares, desempeño escolar, nivel socioeconómico, etc.).

En cuanto al desempeño escolar, no se tuvo acceso directo para verificarlo en el grupo de niños maltratados, pero observamos que en general eran mayores de la edad que corresponde al grado que cursaban. Lo que supone un desempeño irregular o deficiente, posiblemente generado por la problemática familiar (deseuido, negligencia, etc.) o por el estado físico y anímico de estos niños. Además es sugerible el seguimiento de los casos a fin de conocer la secuelas del maltrato tanto físicas como psicológicas en el campo de la depresión. Ya que según Claussen y Crittenden (1991), y Fernández y Pedreira (1991), consideran que el maltrato psicológico en ocasiones tiene consecuencias mucho más graves a largo plazo que el maltrato físico.

La depresión es multicausal y se encontró que el maltrato no es únicamente el factor determinante de la depresión sino otros aspectos tales como la edad, fuente de maltrato, grado escolar, que sumados perfilan un cuadro similar a la depresión. Valdría la pena explorarlos por separado, o en su conjunto con más detalle. Además, de contar con la visión de padres y maestros acerca de la conducta y estado de ánimo del niño.

CAPITULO V
BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Academy of Pediatrics. (1987). Medical necessity for the hospitalization of the abuse and neglect child pediatrics. Committe on Hospital Case, 79.
- 2.- American Psychiatric Association. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM III-R (1ª ed.) España: Masson.
- 3.- Arieti, S. y Bemporad, J. (1978). Psicoterapia de la depresión. (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- 4.- Avellanosa, I. (1988). Depresion. Superarla de una vez por todas. (1ª ed.). España: Vita.
- 5.- Ayuso, G. J. y Saíz R. J. (1981). Las depresiones. Nuevas perspectivas clinicas etiopatológicas y terapeuticas. (1ª ed.). España: Interamericana.
- 6.- Bradshaw, J. (1990) Volver a la niñez. (1ª ed.). México: Selector.
- 7.- Brakmin H y R. (1974). El desarrollo psicologico del niño. (1ª ed.). México, Editorial Intermaericana, 4a. Edición 1974.
- 8.- Brandt F., Steele, M. D. (1984). Notes on the lasting effects of early child abuse throughout the life cycle. Child Abuse and Neglect. 10, 283-291.

- 9.- Calderón Narvaez G. (1984). Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. (1ª ed.). México: Trillas.
- 10.- Cammer, L. (1985). Salgamos de la depresión. (1ª ed.). México: Javier Vergara.
- 11.- Cantwell, D. P. y Carlson, G. A. (1983). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. (1ª ed.). España: Martínez Roca.
- 12.- Casas de P., M. (1988). El desamparo del desamor. A propósito de la depresión en la infancia. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 67, 55-65.
- 13.- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1989). Niños maltratados. (1ª ed.). Milán: Paidós 1991.
- 14.- Claussen, A. y Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. Child Abuse Neglect, 15, 5-18.
- 15.- Cobo, C. M. (1992). La depresión infantil. Del nacimiento a la adolescencia. (1ª ed.) España: Temas de Hoy.
- 16.- Contreras C., Gutiérrez A. T.; Lara M., N. (1994). La depresión en etapas tempranas de la vida. Psiquis (México), 3 (2) 31 - 35.
- 17.- Cueli, J y Reidl, L. (1972). Teorías de la personalidad (1ª ed.). México: Trillas.

- 18.- University of New Castle. Upon Tyne. Department of Child Health (1973). Non accidental injury in children. A Guide on Management BC. Med. 4, 656 - 660.
- 19.- Desarrollo Integral de la Familia. (1985). Análisis sistematico de los datos registrados de menores maltratados en el programa D. I. F. México. 17-33.
- 20.- Digdon, N. y Gotlib, I. (1986). Developmental considerations in the study of childhood depression. Annual Progress in Child Psychiatry and Development, 451-491.
- 21.- Downie, N. M. y Heath, R. W. (1970). Metodos estadísticos aplicados. (3ª ed.) México: Editorial Harla.
- 22.- Fernández, P. (1994, Abril 21). La melancolía: una depresión cultural. La Jornada (Suplemento Dominical). 28 - 31.
- 23.- Fernández, A. y Pedreira, J. (1991). Los malos tratos a la infancia aproximacion psicossocial. Psiquis 12, 11 - 26.
- 24.- Fontana, V. (1979). En defensa del niño maltratado. casos psicossociales y su prevención, alternativas de solución, readaptación de los golpeadores. (1ª ed.) México: Pax - México.
- 25.- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V. y García-Ros, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. Anuario de Psicología, 52, 121-131.

- 26.- García, A. R., Mella, M. C. y Solís, de M. F. (1994). Manifestaciones depresivas en la consulta externa de hospitales generales. Psiquis (México), 3 (2), 43 - 47.
- 27.- Gold, S. (1986). Buenas noticias sobre la depresión. (1ª ed.). México: Javier Vergara.
- 28.- Gutiérrez, A. T., (1991). Estudio de la prevalencia de la depresión infantil en un colegio particular para instrucción primaria de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- 29.- Gutiérrez, A. T., Lara, M.H., Contreras, C. (1995). Aplicación del children's depression scale a una muestra de niños sanos de instrucción primaria de la ciudad de México, Salud Mental, 18, (2), 51-54.
30. Kempe, R. y Kempe, H. (1979). Niños maltratados, (1ª ed.). Madrid: Morata.
- 31.- Lang, M. y Tisher, M. (1990). Cuestionario de depresión para niños CDS (3ª ed.). Madrid: Tea.
- 32.- Lewis, M. (1984). Desarrollo psicológico del niño. Conceptos evolutivos y clínicos. (2ª ed.). México: Interamericana.
- 33.- Loredó, A. A. (1990). El maltrato al menor, espectro clínico. (2ª ed.). México: Interamericana.
- 34.- Loredó, A. A. (1992). Niño maltrato: problema médico-social que debe resolverse. En Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil. (Ed.) XXIII Congreso Nacional de Pediatría (pp. 5-7) México.

- 35.- Loredó, A. A., Cornejo, J., Ulloa, A., Barragán, N., Carbajal, L. y Villaseñor, J. (1989). Comportamiento endocrino del niño maltratado en la fase aguda de la agresión. Boletín Médico. Hospital Infantil de México. 46 (4), 272-276.
- 36.- Lortia, P. y Rodríguez, S. (1990). Castigos sin crimen, crimen sin castigo. Mira (México) 18, 16-28.
- 37.- Maher, P. (1990). El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores. (1ª ed.). México: Grijalbo.
- 38.- Marcovichi, J. (1978). El maltrato a los hijos: el más oculto y menos controlado de los crímenes. (1ª ed.). México: Edicol.
- 39.- Mejía de C., S. (1994). Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez. (1ª ed.). Santa Fé de Bogotá, Colombia: Save the Children.
- 40.- Mendels, J. (1970). La depresión. (3ª ed.). Barcelona: Herder.
- 41.- Miller, A. (1980). Por tu propio bien. (2ª ed.). Barcelona: Tusquets.
- 42.- Minuchin, S. y Fishman, H. (1993). Técnicas de terapia familiar. (1ª ed.). México: Paidós.
- 43.- Moreno, A. (1995, Junio 25). Depresión "Enfermedad de las grandes ciudades". El Universal (Suplemento Dominical. Nuevo Siglo, 174), 10.
- 44.- Osorio, N. C. (1981). El niño maltratado. (2ª ed.). México: Trillas.

- 45.- Pick, S. y López, A. (1979). Como investigar en ciencias sociales. (5ª ed.). México: Trillas
- 46.- Polaino, L. A. (1985). La Depresión. (1ª ed.). España: Martínez Roca.
- 47.- Powell, G. F., Brasel, J. A. Blizzard, R. M. (1967). Emotional Deprivation and growth retardation similing idiopathic hypopituitarism. Clinical Evaluation Of The Syndrome, N. Engl J. Med., 276, 1271-1278.
- 48.- Powell, G.F., Brasel, J. A., Blizzard, R. M. (1967). Emotional deprivation and growth retardation similing idiopathic hypopituitarism. Endocrinologic Evaluation of the Syndrome, N. Engl. J. Med. 276, 1279-1283.
- 49.- Puyuelo, R. (1984). La ansiedad infantil. Un difícil bienestar. (1ª ed.). Barcelona: Herder.
- 50.- Reynes, J. (1992). Características clínicas del síndrome del niño maltratado. En Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil. (Ed.) XXIII Congreso Nacional de Pediatría (pp. 8-9) México.
- 51.- Ruiloba, V. J. Y Gastó, F. C. (1990). Transtornos afectivos: ansiedad y depresión. (1ª ed.). Barcelona: Salvat.
- 52.- Sullivan, E. D. y Everstine, L. (1992). Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas. (1ª ed.). México: Pax - México.

- 53.- Wolfe, D., Kaufman, K., Aragona, J. Y Sandler, J. (1991). Programa de conducción de niños maltratados: Orientación para padres intolerantes. (1ª ed.). México: Trillas.
- 54.- Yllán, R. B. (1992). El maltrato infantil y sus repercusiones en la familia. En Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil (ed.) XXIII Congreso Nacional de Pediatría (pp.53-55). México.