

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DETECCIÓN DE DEPRESIÓN Y DESESPERANZA
EN NIÑAS Y NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN:

**KARLA ESTRADA PALOMINO
JANI YAZMÍN JUÁREZ CONTRERAS**

DIRECTORA DE TESIS
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO

REVISORA DE TESIS
MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA

ASESORA METODOLÓGICA
MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD

2008



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.

AGRADECIMIENTOS

Un infinito agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirnos sus puertas y poder orgullosamente formar parte de ella.

A la Facultad de Psicología por otorgarnos las herramientas necesarias y darnos la oportunidad de formarnos como profesionistas.

Nuestro más sincero agradecimiento a la Maestra Martha Cuevas por su paciencia y dedicación, así como la ayuda constante y desinteresada en la supervisión de esta tesis.

A las Maestras Guadalupe Santaella, Alma Mireia López-Arce, Cristina Heredia y Laura Somarriba por su valiosa asesoría, cuyos comentarios y sugerencias hicieron posible la realización de este trabajo.

Con mucho cariño y respeto, por ser parte esencial en nuestra formación profesional, a los profesores: Jorge Rogelio Pérez Espinosa, Eduardo Herrasti y Aguirre, Víctor Uriarte Bonilla, Araceli Otero de Alba, Anne Marie Brugman García, Estela Cordero Becerra, Ramón Esteban Jiménez y José Ma. Calvo y Otalora, quienes voluntaria e involuntariamente han sido nuestros maestros tanto en lo académico como en la vida.

A todos ellos, MUCHAS GRACIAS.

Karla Estrada y Jani Juárez

Agradecimientos

A mis padres. Deseando de todo corazón que este logro profesional lo sientan como suyo y les dé un motivo de alegría. Ya que este trabajo es tan sólo un pequeño agradecimiento por lo mucho que han hecho por mí. Con amor, respeto y gratitud eternas.

A mis hermanas: Isis, Ame e Itzel, por ser una motivación para continuar siempre hacia adelante.

A mis abuelos, con la más profunda admiración y respeto por su esfuerzo y disciplina para enfrentar adversidades y representar un ejemplo de vida para mí.

A mi compañera y amiga Karla Estrada, es mi deseo agradecer, todo el esfuerzo, interés y paciencia para resolver los obstáculos que tuvimos que enfrentar; asimismo el haber hecho posible la culminación de este trabajo.

A mi tía Graciela, por su invaluable ayuda tanto en el plano personal como en el profesional.

A mis incondicionales amigas: Slany, Rosalba, Itzel, Consuelo, Fany y Esmeralda, porque todas y cada una de ustedes me han demostrado interés, apoyo y confianza .

A todos los niñ@s albergados en el SNDIF, que colaboraron en este proyecto , ya que sin su ayuda esto no sería posible.

Gracias.

Jani.

Agradecimientos

A mi mamá, María de Lourdes.

*Por ser la mejor mujer que conozco. Por su generosidad, constancia y fortaleza. Por ser mi motivación.
Esperando que este trabajo retribuya una pequeña parte de todo lo que he recibido de ella.
Con mucho amor, gracias Yuyú.*

A mi Tío Manuel

*Por trasmitirme su entusiasmo, pasión e ímpetu por aprender, por ser cada día mejor.
Con admiración...*

A mis Abuelos, Víctor e Irene.

*Porque aún no estando conmigo, sigo aprendiendo de ellos.
Con respeto y añoranza...*

A Jani Juárez.

*Por su tenacidad, paciencia, tolerancia y sobre todo por su amistad.
Por hacer este logro posible.
Con afecto...*

A mis Tíos, Tías, Primos y Primas.

*Por su apoyo incondicional.
Con cariño...*

A mis amigos, Dulce María, Claudia y Rolando.

*Por su amistad, complicidad y lealtad.
Con mucho cariño...*

A Cesar

*Por estar a mi lado, y darle alegría a mi vida.
Con amor...*

*Un especial agradecimiento a los niños y niñas que participaron en este trabajo.
Por sus enseñanzas.*

...gracias

Karla

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue detectar si existe depresión y desesperanza en niños y niñas pertenecientes a Casas Hogar (Casa Hogar Niñas "Graciela Zubiran Villarreal" y Centro "Nuevo Amanecer" dependencias del SNDIF, respectivamente), quienes a través de su historia (clínica / personal) refieran antecedentes de algún tipo de maltrato. Además de conocer si alguna de las variables tales como sexo, tipo de maltrato y tiempo dentro de la institución afectan los niveles de depresión y desesperanza.

La muestra estuvo conformada por un total de 60 menores, 32 niñas y 28 niños entre 8 y 12 años de edad.

Para la detección de depresión y su severidad se utilizó el Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs (2004), por medio del cual se encontró que la mayoría de la muestra no presenta sintomatología depresiva; el 22% de las niñas presenta una depresión leve y el 6% severa; mientras el 13.6% de los niños muestra depresión leve y el 9% severa.

Respecto a la detección de desesperanza se utilizó la Escala de Desesperanza para Niños (EDN) de Kadzin (1986).

Como dato relevante se encontró que el tiempo de institucionalización esta directamente correlacionado con los niveles altos de desesperanza, es decir, a mayor tiempo de permanencia dentro de la institución, mayor desesperanza.

INTRODUCCIÓN

El maltrato es un fenómeno que ha venido gestándose a lo largo de la historia, en todas las culturas y estatus socioeconómicos, de formas muy diversas. Aún en la actualidad pareciera que no se ha comprendido que los niños necesitan protección, cuidado y afecto, personas dispuestas y responsivas a sus necesidades de desarrollo, físicas, psíquicas y emocionales; un lugar en donde pueda sentirse seguro y no constantemente amenazado o violentado.

La infancia es un período de alta vulnerabilidad por lo que requiere de un especial cuidado para que su desarrollo sea saludable, ya que en muchos casos los daños y consecuencias del maltrato pueden ser irreversibles, indelebles e incluso mortales. Dichas consecuencias pueden ser físicas, sociales, afectivas, cognitivas y/o conductuales.

El maltrato es infligido por personas o instituciones teóricamente responsables del desarrollo del menor a consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales de comisión u omisión que atenten contra el curso del desarrollo normal. El daño se puede manifestar de dos maneras; una es el daño real el cual se detecta a corto plazo, de forma tangible y otro es potencial, lo que implica una predicción de que en el futuro ese maltrato puede aumentar en nivel de severidad, en función de la edad del niño en el momento de su aparición, de la duración y cronicidad del tipo de maltrato.

Cabe señalar que los niños maltratados desarrollan ciertos esquemas cognitivos de vulnerabilidad. El niño víctima de malos tratos percibe que, en la situación en la que vive, los eventos positivos son muy improbables y los negativos muy probables y que él nada puede hacer para cambiar o modificar dichos eventos. Esta situación de indefensión se corresponde con el modelo de desamparo aprendido de Abramson, Seligman y Teasdale (1987) por lo que el niño maltratado realizará atribuciones negativas, pensará que él es el responsable de las cosas negativas que le suceden y que es incapaz de controlar esa situación, lo que desarrollará sintomatología depresiva.

En los últimos años, numerosas investigaciones han centrado su atención en aspectos asociados con la salud mental de los niños y de los adolescentes estudiándose aspectos demográficos, epidemiológicos y de carga de la enfermedad (Gómez, 2005). La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes puede apreciarse en algunos datos tomados del reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se plantea que el 20% de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental (Gómez, 2005; OMS, 2003).

La depresión como trastorno de estado de ánimo según un informe de la OMS (2003) aparece como la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial. Se pronostica que para el año 2020 este

trastorno ocupará el 2º lugar entre los trastornos mentales y físicos (OMS, 2003; Gómez, Álviz y Sepúlveda, 2003).

Torres y Montoya (1997) mostraron en un estudio de salud mental que el 13,3% de pre-adolescentes y adolescentes entre 12 y 15 años había sufrido síntomas depresivos y que ese porcentaje aumentaba al 20.1% entre los jóvenes entre los 16 y los 19 años. Adicionalmente, es bien sabido que la depresión infantil ha tenido serios problemas por ser aceptada por la comunidad científica (Del Barrio y cols., 2002).

Ahora bien, en un espacio relativamente corto, en la década de los sesenta, se pasó de la opinión generalizada de negar la depresión infantil, a aceptar su existencia y a la discusión de “en qué consiste y cuáles son sus características”(Del Barrio y cols., 2002).

Hoy existe una pluralidad de instrumentos para la evaluación de la depresión infantil. Entre los muchos instrumentos existentes se destaca el CDI (Childrens Depresión Inventory, Kovacs, 2004) por su difusión y uso en distintos países.

En Colombia, Mantilla y cols. (2003) investigaron con la versión corta del CDI de 10 ítems una muestra de 239 niños escolarizados de clase alta y baja de la ciudad de Bucaramanga. Se encontró que el 9.2% se encontraba deprimido; llegando a la conclusión de que la sintomatología depresiva aumentaba con la edad y el grado de escolaridad.

El impacto del abuso puede verse potenciado o amortiguado como ya se mencionó anteriormente, por el tipo, duración e intensidad del maltrato, además de las características de la víctima, los recursos y apoyos que tenga, y las propias vicisitudes de su evolución vital.

Dentro de los apoyos con los que cuentan los menores maltratados se encuentran las instituciones que tienen entre sus principales objetivos velar por el bienestar de la niñez, dentro de las instituciones a nivel federal que se han creado para la protección de la infancia en México de mayor ámbito de competencia está a la cabeza el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

ÍNDICE

Agradecimientos

Resumen

Introducción

Maltrato Infantil

1.1 Historia del Maltrato Infantil	1
1.2 Definición de Maltrato	5
1.3 Clasificación de Maltrato	8
1.4 Definición e Indicadores de Tipos de Maltrato Infantil	10
1.4.1 Maltrato Físico	10
1.4.2 Abandono Físico o Negligencia	12
1.4.3 Maltrato Emocional	14
1.4.4 Abuso Sexual	16
1.4.5 Maltrato Prenatal	19
1.4.6 Síndrome de Münchhausen	20
1.4.7 Maltrato Institucional	22
1.5 Modelos Explicativos del Maltrato	23
1.5.1 Teoría de la Transmisión Intergeneracional del Maltrato	23
1.5.2 Modelo Sociológico	24
1.5.3 Modelo Psicológico – Psiquiátrico	24
1.5.4 Modelos Cognitivo – Conductuales	26
1.5.5 Modelo centrado en la Vulnerabilidad del Niño	27
1.6 Consecuencias del Maltrato Infantil	28
1.6.1 Consecuencias en el Desarrollo Psicológico	28
1.6.2 Consecuencias en la Formación de Relaciones de Vínculo	29
1.6.3 Consecuencias en el Desarrollo de la Competencia Social	30
1.6.4 Consecuencias en Empatía y Sensibilidad Social	31
1.7 El Desarrollo Sociocognitivo del Niño Maltratado	32
1.7.1 Formación de la imagen de sí mismos y ajuste emocional	32
1.7.2 El Desarrollo Moral	33
1.7.3 Ajuste Escolar y Rendimiento Académico	33

Institucionalización

2.1 Motivos de Ingreso	36
2.1.1 Motivos de Ingreso a Casas para Menores dependientes del SNDIF	36
2.2 Características Generales de los Niños Institucionalizados	37
2.2.1 Inducción	38
2.3 Consecuencias de la Institucionalización en la Conducta	40

Depresión

3.1 Historia	43
3.2 Definición de Depresión	45
3.2.1 Trastornos del Estado de Ánimo: Depresivos	46
3.3 Diferentes Conceptualizaciones de la Depresión Infantil	50
3.3.1 La Depresión en la Niñez No Existe	50
3.3.2 Depresión Enmascarada	51
3.3.3 La Depresión en la Niñez es Transitoria	54
3.3.4 La Depresión en la Niñez es Paralela a la del Adulto	55
3.4 Modelos Explicativos de la Depresión	55
3.4.1 Modelo Psicodinámico	55
3.4.1.1 Las Contribuciones de Abraham	56
3.4.2 Modelo Estructural	57
3.4.3 Depresión y Psicología del Yo	57
3.4.4 Teoría de las Relaciones Objetales	58
3.4.5 Modelo de Aprendizaje Social	58
3.5 Factores Predisponentes de la Depresión Infantil	59
3.5.1 Factor Familiar	59
3.5.2 Factor Social	60
3.5.3 Factores de Vulnerabilidad y Eventos Traumáticos o Estresantes	60
3.5.4 Factores Psicobiológicos	62
3.6 Depresión Infantil	63
3.6.1 Depresión en Edad Escolar	66
3.6.2 Epidemiología	67
3.6.3 Características Clínicas de la Depresión en los Niños	67
3.6.4 Motivaciones Suicidas en los Niños	71
3.6.5 Diagnóstico de Depresión Infantil	71
3.6.5.1 Diagnóstico Diferencial	72
3.6.5.2 Curso y Pronóstico	73
3.6.5.3 Tratamiento de la Depresión Mayor	74

Desesperanza

4.1 Teoría de la Desesperanza Aprendida	76
4.2 Reformulación de la Teoría de la Desesperanza	79
4.2.1 Atribución	82
4.3 Teoría de Beck	84
4.3.1 Teoría Cognitiva de la Depresión, según el Modelo de A. Beck	86
Método	88
Resultados	95
Discusión	104
Conclusiones, Limitaciones y Sugerencias	114
Referencias	117
Anexos	I

CAPITULO 1. MALTRATO INFANTIL

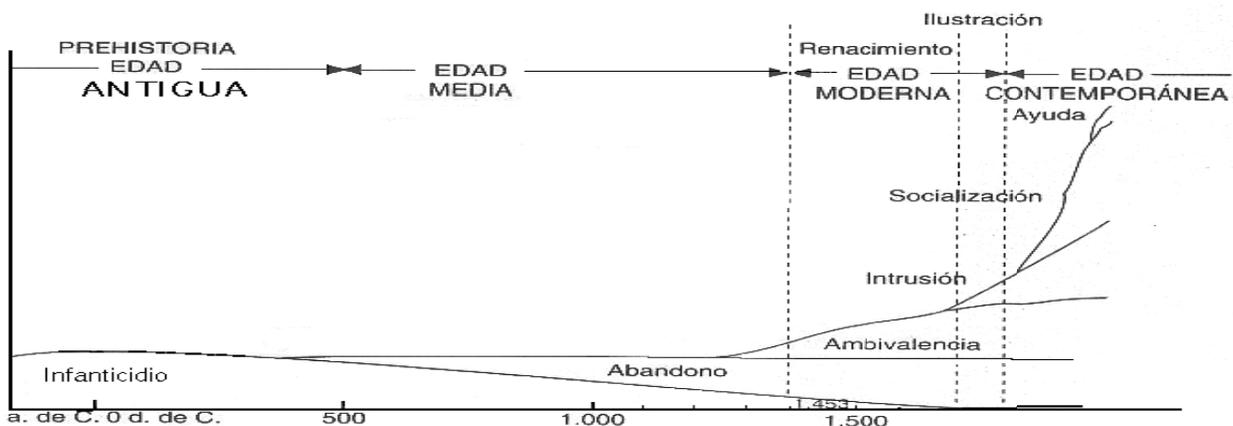
Desde mucho antes que fuera acuñado en la sociedad el grupo de conceptos que se refieren de una u otra forma al maltrato infantil, el abuso físico y emocional contra la infancia ya constituía un fenómeno que venía registrándose con regularidad al interior de las instituciones, la familia y la sociedad en general.

1.1 Historia del Maltrato Infantil

El fenómeno del maltrato infantil ha sido una constante que ha pasado a través de la historia de la humanidad, por todas las culturas y de formas muy diversas (Marcovich, 1978; Kempe, 1979; Martínez y Ochotorena, 1993; Casado, Díaz y Martínez, 1997; Gallardo, 1998). Durante siglos esta agresión ha sido justificada, principalmente, por la carencia total de derechos otorgada a los niños (Martínez- Roig y De Paúl, 1993), en consecuencia, la infancia fue considerada como un grupo social de segunda categoría, que a lo largo del tiempo precedente, ha sido tomada como propiedad privada de sus progenitores y, en algunas épocas propiedad de la sociedad en la que vivían (ÍBIDEM), por ejemplo, Aristóteles en el año 400 a. C., decía “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto” (citado en Maher, 1990).

Lo anterior nos remite a que, el concepto de la infancia como un periodo de la vida distinto cualitativamente, es consecuencia de una evolución progresiva a lo largo de los siglos respecto a los valores acerca de lo que es y debe ser el niño, sus características y necesidades (Casado, Díaz y Martínez, 1997). Hasta hace tres siglos, el niño era estimado como un adulto en miniatura, sin necesidades específicas (De Mause, 1991; Aries, 1987).

Figura 1. Historia del Maltrato en la Infancia. Etapas



Fuente: Casado, Díaz y Martínez, 1993, Pag. 2

De Mause es uno de los autores que ha estudiado la infancia desde el punto de vista histórico, divide la historia de la infancia según las relaciones paternofiliales y los hechos característicos en relación con el maltrato infantil de las épocas (Casado, Díaz y Martínez, 1997). Afirma que cuanto más retrocedemos en la historia universal, mayor es el porcentaje de niños golpeados, violados, abandonados y asesinados (Figura 1). De Mause (1991); lo explica dentro de los siguientes apartados; y con ello ofrece un panorama global del devenir de los infantes en distintos momentos históricos.

Infanticidio (*Antigüedad, S.III*). Los problemas de relación entre los adultos y los niños determinaban la muerte de los niños y especialmente, de las niñas, que se justificaba por razones religiosas o económicas. El infanticidio se refleja a través de diferentes hechos en la Biblia: Las órdenes dictadas por Herodes constituyen un fenómeno que se analiza ya que para evitar la pérdida de su reino, mandó matar a todos los recién nacidos de su época. Durante mucho tiempo se azotaba a los niños cristianos el día de los inocentes para recordarles la masacre realizada por Herodes.

En China, el límite para procrear era de tres hijos y para efectuar una especie de control de natalidad, el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes (Loredo, 1994).

Existieron preceptos bíblicos que protegían al huérfano, (Solón, uno de los siete sabios en Grecia, prohíbe la venta de niños, 640 a.C), Pero en la cultura occidental ha imperado la influencia del Derecho Romano y del *Pater Familiae* en que la paternidad era una elección pues los lazos sanguíneos eran menos importantes que los vínculos afectivos, lo que dio lugar, tanto al abandono de niños, como al hecho de que la adopción, que tenían por objetivo asegurar el culto a los ancestros y transmitir el patrimonio, elevando al adoptado a un nivel civil superior de ciudadano. Nerón, Tiberio, Octavio, Augusto, fueron adoptados, el último, por Julio César.

La aparición del cristianismo supone un cambio fundamental que influiría en toda la historia de la infancia y reconocimiento de sus derechos, así como en disminución del infanticidio (Casado, ID, CAP 1).

Abandono (SIGLOS IV AL XIII) La expansión del cristianismo en el Imperio Romano, que se produce con la conversión del emperador Constantino (año 323), hace disminuir al infanticidio, "no tanto por la consideración al niño, como por el temor de los adultos al castigo". Durante este periodo se empieza a reconocer que el niño tiene alma, que es humano, (siempre que se bautice y así se libere del pecado original) sin embargo las dificultades para la crianza determinaban su abandono, su entrega a una ama de cría, su envío a casa de nobles, o la cesión a otras familias, el internamiento en un monasterio, etc. El Papa Inocencio III fundó la primera institución para recoger a niños de padres desconocidos (ÍBIDEM).

Ambivalencia (SIGLOS XIV AL XVII) En esta época el niño entra en la vida afectiva de los padres y aparecen las instituciones para su protección, educación y manuales de

instrucción infantil con la idea que el niño debe ser “moldeado” como cera o arcilla, a semejanza de sus padres. La influencia de humanistas y religiosos impulsó la institucionalización de la escuela como estructura educativa separada de la familia para la formación de la infancia desarrollando la iglesia una importante actividad. Bajo el reinado de Pedro IV de Aragón (1337) se creó la institución del *Padre de Huérfanos* antecesor del *Pueblo de Menores* que recoge niños huérfanos y abandonados brindándoles sustento y educación, procurándoles colocación en servicios manuales o domésticos y hasta juzgando sus delitos si fuera el caso. En 1407, *Martín el Humano* refuerza esa institución y se convierte en Padre y Protector de Menores. Esta institución actuaría en Valencia hasta 1794.

Intrusión (S.XVIII) En este siglo Aparece la “empatía” como modelo relacional con la infancia dirigiendo la voluntad del niño mediante acciones no violentas. Se describe como un período de intromisión de los padres en la mente, ira, hábitos de masturbación y voluntad de sus hijos. Los niños en crianza solo servían para hacer rezos con ellos, más no para jugar con sus padres, se les pegaba sin lastimarlos y se les amenazaba con culpas. En este período el niño ya no es visto como una amenaza; se da comienzo a la pediatría y al cuidado de salud infantil. El Papa Clemente XIV prohíbe el hecho aceptado hasta entonces de la castración de los niños para conservar la voz infantil y cantar en las iglesias (Bringiotti, 2000, pág 26).

Socialización (S.XIX Y primera mitad del. XX) La crianza del niño consistía en formarle y guiarle por el “buen camino”, y para adaptarle a la vida en sociedad. El padre comienza a interesarse por el niño, llegando incluso a ayudar a la madre en tareas de crianza. Durante la Revolución industrial se obliga a niños a trabajar turnos de 16 o más horas. El cambio a la sociedad urbana y la extrema explotación infantil en el trabajo da lugar a las primeras leyes de protección a la infancia.

Recordemos el caso, detectado por Etta Wheeler (Nueva York, 1874), de Mary Ellen Wilson, de nueve años de edad, atada a la cama, golpeada, herida con tijeras, con desnutrición severa, problema que la legislación no contemplaba, por lo que no podía intervenir ni la policía, ni el abogado del Distrito, ni el Departamento de Beneficencia del Estado. El proceso judicial fue ganado cuando Henry Berg recurrió a la legislación existente para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales, considerando a la niña con los mismos derechos que estos. A raíz de este suceso se fundó la Asociación Americana para la Prevención a la Crueldad con los Niños (Lazoritz, 1990; Lazoritz, 1996). Las restricciones al trabajo infantil y este caso de maltrato extremo, son dos formas de maltrato que dan lugar al reconocimiento de la necesidad de legislar al respecto.

En la segunda mitad del siglo XIX se desarrollan leyes de educación (Ley Moyano de 1857), los primeros Hospitales pediátricos (Hospital del Niño Jesús en Madrid, inaugurado el 14 de enero de 1877). La primera ley de Protección a la Infancia se promulga en España en 1904. (Ibid).

Ayuda (2^a. Mitad del siglo xx hasta la actualidad) Las sociedades occidentales en las últimas décadas han experimentado importantes cambios que afectan la infancia:

- Reconocimiento de los derechos de los niños.
- Caídas de las tasas de natalidad. (en Europa)
- Progresiva participación de las instituciones públicas y privadas en el cuidado y educación de los niños.
- Redefinición de las relaciones padres-hijos (aquí la psicología tuvo mucho que ver, al mismo tiempo que los cambios tecnológicos sobre todo en las comunicaciones masivas).

Se reconoce que el niño tiene necesidades que puede expresar y que deben ser escuchadas y atendidas, lo que implica la plena participación de los padres en el desarrollo de la vida del niño.

En esta modalidad se enfatiza que los niños saben mejor que los padres lo que necesitan en cada etapa de su vida; implica la plena participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño, con quien establecen una fuerte empatía, sin castigos, orientándolo, brindándole lo que necesita en cada momento. Esta nueva modalidad se encuentra aún en sus inicios, y su puesta en práctica a dado lugar a niños más afectuosos, sinceros, amables y no intimidados por la autoridad (De Mause, 1974; cit en Bringiotti, 2000).

Sin embargo, el maltrato es una realidad presente no solo ahí donde las condiciones socioeconómicas son limitadas, sino también en donde existe abundancia de satisfactores.

Aries (1962) menciona que hubo edades de la civilización en las que no se maltrataba a los niños; esto era simplemente determinado porque el concepto de niñez no existía. Conforme se descubrió paulatinamente a los niños y se les asignó un papel muy diferente al del adulto, se empezaron a poner los ojos sobre ellos con más dureza y rigor. De no existir, pasaron a existir, pero como seres dotados de imperfección y que requerían de la disciplina y educación ruda para “hacerlos” seres con un valor. Este autor señala que el incremento en la atención hacia los menores, los privó de cierta libertad y los llevó al dominio y al castigo de los adultos encargados de conformarlos como seres educados y sanos (cit. en Loredo, 1994).

De este breve panorama sobre la condición infantil se desprende que en cuestión de violencia infantil, el tiempo no fue un factor para dejar en el pasado las prácticas de crianza coercitivas; simplemente existen cambios en la crianza a partir del reconocimiento de que el trato a los niños debe reunir unos mínimos de calidad, pues se considera a la infancia, como un período evolutivo que requiere especial atención, para lograr su desarrollo saludable y además necesita del respeto y vigilancia de los derechos que se les asignan (Arrubarrena y de Paúl, 1994). La violencia intrafamiliar es un fenómeno actualmente muy extendido, Torres (2001) reporta en su investigación, que para muchas personas (en especial para los niños) el lugar más inseguro es su propia casa, ya que es en el seno de la familia donde se vive la violencia cíclica, progresiva y en

muchos casos ocasionando daños que pueden ser irreversibles e incluso mortales. Asimismo el maltrato es también psicológico y afecta principalmente a niños que viven asustados por la amenaza constante, por los gritos o insultos que los mantienen atrapados entre el amor y el resentimiento frente a la figura de autoridad que a la vez, les proporciona cuidado y maltrato y además los culpa de la violencia sobre ellos inflingida. Con la revisión de los datos anteriores se dará una definición general de maltrato así como la ilustración de los diferentes tipos de maltrato, a pesar de que serán definidos la mayoría de tipos de maltrato, para la realización, en particular de este trabajo, se hará mayor hincapié en el maltrato de tipo emocional, físico, sexual y por abandono.

1.2 Definición de Maltrato

El maltrato infantil, es un fenómeno/problema que comprende una gran multiplicidad de disciplinas por lo que es difícil establecer una definición aceptada universalmente. Martínez (1993) propone una definición, la cual incluye a un sujeto receptor, menciona a los responsables, objetiva las manifestaciones del fenómeno, refleja la conducta y describe las repercusiones sobre el desarrollo: “Un niño, en cualquiera de sus fases de desarrollo, es objeto de maltrato cuando presenta unas manifestaciones físicas y/o conductuales que son consecutivas a un comportamiento anómalo de violencia física y/o sexual y a la omisión de los cuidados y/o atenciones necesarias para la correcta maduración, crecimiento y desarrollo; este comportamiento es ejercido por parte de personas o instituciones, teóricamente responsables de los mismos. Además dicha situación comportamental, activa o pasiva, repercute negativamente en el desarrollo y/o hipoteca el futuro del menor, a la vez que puede presentar efectos totalmente impredecibles, si la situación se cronifica. Dicho de otro modo más resumido sería << Las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño >> (Martínez, 1993).

En el momento de establecer una división del maltrato infantil se puede hacer según conceptos muy diferentes: tipo de lesión, satisfacción de las necesidades físicas o emocionales, etc. La agresión puede aparecer en formas variadas, desde las más primitivas (morder, golpear, etc.) a las refinadas (hablar mal de alguien, desacreditar, rebajar méritos, ignorar, excluir). La elección del camino que tome la agresión (dirigirse abiertamente a la persona que ha ocasionado frustración o desplazarse hacia un no agresor u objeto inanimado “chivo expiatorio” o inhibirse) es determinada por una gran variedad de factores complejos, que no solo explican la experiencia personal pasada – es decir el aprendizaje y los factores innatos y adquiridos, constitucionales, de la personalidad del individuo - sino también la ocasión, el medio social y las normas culturales de la sociedad en que el individuo vive (Dollard 1939).

Según Freud, el psicoanálisis señala, que la fuente instintiva de la agresión es el instinto de muerte y su objetivo instintivo es la destrucción . La agresión se define como un acto

dirigido a lastimar o a dañar a una víctima forzada, conducta que a menudo acompaña la ira. Define a la ira como una emoción caracterizada por fuertes sentimientos de desagrado, desencadenados por males reales o imaginados (Zillmann, 1979 cit en Davidoff, 1989).

El maltrato incluye tanto lo que se hace (acción), como lo que se deja de hacer (omisión), lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no sólo daño físico, psicológico- emocional y social, cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones y sus administraciones (maltrato-institucional). García y Musitu (1993) también lo consideran como un hecho que no es aislado, sino que forma parte de un proceso determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño etc., además por una multicausalidad de contextos maltratantes. (Casado, id, pág. 10). Laureano (1980, p.15) agrega que el maltrato está constituido por una forma desviada de ejercer la paternidad de acuerdo a los roles que la sociedad adscribe a los padres, es decir, son padres que fallan, al no satisfacer las necesidades esenciales que requieren los niños para desarrollarse integralmente.

Arrubarrena y de Paúl (id) señalan que plantear un estándar o unos criterios mínimos de lo que es “buen trato” o “calidad de vida” para un niño, ayudará a entender cómo se presenta el maltrato infantil. Como un continuo donde la gravedad y severidad de un determinado comportamiento aumentará a medida que este se separa de esa situación de “bienestar infantil”. *“Cuando el comportamiento parental (por acción u omisión) llega o puede llegar a poner en peligro la salud física y psíquica del niño, la situación podría calificarse de maltrato.”*(p. 24) Sin embargo, considera relevante, tomar en cuenta los siguientes criterios en la definición del maltrato infantil:

- *La perspectiva evolutiva:* Un mismo comportamiento parental puede ser dañino para un niño en un determinado momento evolutivo, y no serlo tanto o incluso ser adecuado en otros períodos evolutivos. La conceptualización de una acción o una omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se deben establecer en función de la edad del niño.
- *Presencia de factores de vulnerabilidad del niño.* Un mismo comportamiento de parental puede no ser dañino para un niño sano, mientras que en otro niño (con enfermedades crónicas severas o con una desventaja física y/o psicológica) puede ser considerado como maltratante o negligente.
- *Existencia de daño real o daño potencial.* Si se define el maltrato infantil en relación a sus consecuencias en el niño, se puede suponer que se refiere a los daños o lesiones detectables. Pero muchos comportamientos parentales, no tienen consecuencias negativas a corto plazo o más severas, únicamente por razones de tipo aleatorio. De ahí la inclusión del criterio *daño potencial* que implica una predicción de que en el futuro los comportamientos parentales serán dañinos en un determinado nivel de severidad.

Un estudio realizado en Estados Unidos por el National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) en 1981 recoge datos sobre la ocurrencia del maltrato infantil en los años 1979 y 1980 y allí fórmula los elementos básicos y criterios que deben reunir las definiciones:

a) Un niño maltratado (abuso o negligencia) significa un niño cuyo bienestar físico o mental resulta dañado, o existe la amenaza de daño, por actos u omisiones de sus padres u otra persona responsable de su cuidado.

b) El daño de la salud o el bienestar del niño puede ocurrir cuando un padre o una persona responsable de su bienestar:

- Cause al niño o permita que sean causadas lesiones físicas o mentales, incluyendo lesiones continuadas como resultado del uso excesivo del castigo corporal;
- Cometa o permita que sean cometidas ofensas sexuales al niño;
- No proporcione al niño la alimentación, el vestido, la vivienda, la educación y el cuidado médico adecuados, disponiendo de medios para hacerlo;
- Abandone al niño;
- Cometa serios actos de omisión o de naturaleza similar, que suponen la desatención severa del niño y que requiera de la intervención de los servicios de protección del menor o de actuaciones judiciales.

c) La amenaza de daños significa riesgos serios de sufrir daños o lesiones.

d) La persona responsable del bienestar del niño incluye a los padres, un cuidador, un padre sustituto, un empleado de agencias institucionales o centros de cuidados públicos o privados u otra persona responsable del cuidado del menor.

e) Las lesiones físicas incluyen desde daños temporales, impedimentos físicos o desfiguramientos, hasta la muerte.

f) Lesión mental significa daños que afecten a la capacidad intelectual o psicológica de un niño y que impidan el funcionamiento dentro del rango de las actividades y conductas consideradas como “normales” en su contexto cultural. (cit en Bringiotti 2000 pp. 44-45).

Datos acerca del maltrato en México nos refieren que el porcentaje de casos comprobados de denuncias recibidas por maltrato infantil es del 59.2%; el índice de femineidad de menores atendidos por maltrato infantil (Niñas por cada 100 niños) es de 103%.

Los porcentajes para cada tipo de maltrato son los siguientes:

Tipo de maltrato	2004
Físico	23.7
Abuso sexual	3.8
Abandono	7.7
Emocional	21.1
Omisión de cuidados	27.6

Explotación sexual comercial	0.2
Negligencia	8.3
Explotación laboral	0.8
FUENTE: DIF. Dirección de Asistencia Jurídica.	

1.3 Clasificación de Maltrato

Asimismo el NCCAN, en 1981, como un primer intento de sistematización del maltrato infantil incluiría:

Abuso físico	Con instrumentos (cuchillo, correas, cigarros, etc.). Sin instrumentos (paliza, bofetadas, etc.).
Abuso sexual	Violación, oral, anal o vaginal. Vejación. Otras formas.
Abuso emocional	Ataque verbal emocional. Confinamiento y encierro.
Negligencia física	Abandono. Rechazo a la custodia del hijo. No proveer de los cuidados necesarios que requieren las enfermedades diagnosticadas. Falta de búsqueda de elementos necesarios para el mantenimiento de la salud. Supervisión física inadecuada. Permitir la presencia de riesgos o peligros en el hogar. Inadecuada nutrición, vestido, higiene.
Negligencia educativa	Permiso tácito para delinquir. Evitar o no preocuparse de que el niño no asista a la escuela.
Negligencia afectiva	Afecto inadecuado o escaso. Permiso tácito de conductas desadaptativas (delincuencia, consumo de drogas, alcohol). Rehusar a los cuidados ó a tratamientos de problemas emocionales diagnosticados.

Arrubarrena y de Paúl (id) por otra parte, reclasifican esta tipología del maltrato de la siguiente manera:

	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

Rodríguez (2000) clasifica los tipos de maltrato haciendo referencia a la acción u omisión.

Por omisión:

- Negligencia en el cuidado físico, o en el cuidado psicoafectivo o en ambos, en cuyo caso se denomina abandono
- Necesidades fisiológicas
- Necesidades cognitivas
- Necesidades emocionales, sociales y de autoestima

Por acción:

- Maltrato físico
- Maltrato emocional
- Abusos sexuales
- Maltrato prenatal
- Maltrato institucional
- Mendicidad
- Corrupción
- Explotación laboral

Palacios (1995) citado en Simón (2000), refiere la siguiente clasificación de maltrato infantil. Esta clasificación reúne las aportaciones de diversos autores entre ellos se incluye algunas de las tipologías de los autores (Martínez, 1993; Garbarino, 1993, Arruabarrena, 1994) propuestos anteriormente:

Categorías de malos tratos
Maltrato físico
Negligencia
Abuso sexual
Maltrato emocional
Mendicidad
Corrupción
Explotación laboral
Maltrato prenatal
Síndrome de Münchausen por poderes
Maltrato institucional

Finalmente, Santamaría, (1993) agrega que el maltrato físico se considera como abuso cuando constituye un exceso de atribuciones de los padres, a su derecho de controlar, disciplinar y castigar a sus hijos, mientras que en el caso de la negligencia es el fracaso en la realización de las responsabilidades o deberes hacia con sus hijos.

1.4 Definición e Indicadores de Tipos de Maltrato Infantil

1.4.1 Maltrato Físico

El *maltrato físico*, según Martínez Roig (1993), es el tipo de maltrato más conocido que existe en los niños y se define como la acción no accidental producido por parte de los responsables del cuidado del niño que implique o pidieran llevar consigo lesiones físicas (producidas con o sin instrumentos, enfermedades o intoxicaciones), enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Están incluidos conductas de castigo físico (azotes, bofetadas, empujones, tirarles objetos, palizas).

La detección o identificación del maltrato infantil es el eje central sobre el que gira el proceso de actuación profesional ante un niño maltratado y su familia. Los indicadores son manifestaciones que se vierten hacia el exterior (Martínez, 1993). No todos ellos tienen el mismo valor. La siguiente Tabla muestra de manera general algunos de los indicadores físicos, comportamentales que están presentes en los niños que padecen maltrato físico, de igual forma algunas conductas del agresor.

Categoría	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
Maltrato Físico	<p>Magulladuras o moretones que aparecen en diversas partes del cuerpo; y suelen estar en diferentes fases de cicatrización, fruto de repetidas agresiones y en ocasiones llegando a presentar la forma del objeto con el cual fue agredido el menor. (Arruabarrena, 1994).</p> <p>Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos puros. Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos (Arruabarrena, 1994) Torceduras o dislocaciones Arruabarrena, 1994) Heridas, raspaduras en la boca, labios y encías y ojos o en la parte posterior de brazos, piernas y torso. (Arruabarrena, 1994) Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas. (Arruabarrena,</p>	<p>Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.</p> <p>Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.</p> <p>Muestra conductas extremas (ej.: agresividad o rechazo).</p> <p>Recelo por parte de los niños para ir a su casa</p> <p>Se queja excesivamente o se mueve con incomodidad</p> <p>Viste ropas inadecuadas para el tiempo (para cubrir las lesiones).</p> <p>Puede presentar conductas contradictorias y extremas como retraimiento o agresividad extrema.</p> <p>Baja autoestima.</p> <p>Se siente rechazado y no</p>	<p>Ha sido objeto de maltrato en su infancia</p> <p>Utiliza una disciplina severa inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño.</p> <p>No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.</p> <p>Percibe al niño de manera significativamente negativa (ej.: le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.)</p> <p>Psicótico o psicópata.</p> <p>Abusa del alcohol o de otras drogas.</p> <p>Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.</p> <p><i>Indicadores propuestos por Martínez (1993):</i></p>

	<p>1994) Cortes o pinchazos Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento. Arraubarrena, 1994) Quemaduras por cigarrillos o puros; quemaduras que cubren toda la superficie de la mano como un guante o de los pies como un calcetín, en forma de buñuelos en nalgas, genitales. Las indicativas de inmersión en líquidos calientes; las provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas y con objetos que dejan señal claramente definidas (planchas, parrillas...)</p> <p>Fracturas. En forma espiral de los huesos largos, en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples y cualquier fractura en un niño menor de dos años.</p> <p>Lesiones abdominales</p> <p>Lesiones con localización o morfología que no encaja con el mecanismo de producción relatado. (Loredo, 1997)</p> <p>Alopecia</p> <p>Lesiones en los muslos, genitales, nalgas, mejillas, lóbulos de la oreja, labios, cuello y espalda son, con mayor probabilidad, resultado de maltrato que lesiones en los codos, rodillas, espinillas y manos que son, con mayor frecuencia, producidas accidentalmente.</p> <p>Las lesiones bilaterales en cara y ojos pueden ser</p>	<p>apreciado.</p> <p>Recelo del contacto con sus padres y otros adultos</p> <p>Golpes en el pecho o abdomen de un niño pueden ocasionar lesiones internas. Un niño con lesiones internas puede tener una expresión ansiosa, aparecer pálido, tener frío o sudar.</p> <p>El niño recela del contacto con sus padres u otros adultos.</p> <p>El niño durante el llanto o en situaciones angustiosas, no muestra expectativas reales de ser consolado.</p> <p>Se mantiene constantemente alerta ante posibles peligros.</p> <p>Llega a la escuela pronto o permanece hasta muy tarde, como si tuviera miedo de ir a casa.</p> <p>Parece tener miedo de miembros de su familia.</p> <p>Es autodestructivo.</p> <p>Demuestra extremos en su conducta tales como retraimiento o agresividad extremas.</p> <p>Se queja excesivamente o se mueve con incomodidad.</p> <p>Viste ropa inapropiadas con el tiempo, para cubrir el cuerpo.</p> <p><i>Indicadores emocionales:</i></p> <p>Una pobre autoestima. El</p>	<p>Discordancia entre la historia referida y el resultado de la valoración exploratoria.</p> <p>Explicación poco convincente acerca del mecanismo de producción de las lesiones traumáticas.</p> <p>Existencia de un intervalo libre entre el momento en que se produjeron las lesiones y el de la atención médica.</p> <p>Los mecanismos de producción relatados están en total discordancia con las capacidades madurativas del niño o de otro causante.</p> <p>Discordancia y contradicción entre las versiones ofrecidas por los acompañantes, cuando son interrogados por segunda o tercera vez, o en los casos en los que hay presentes varios miembros de la familia y se les interroga por separado.</p> <p>Intoxicación sobre la que se “desconoce” el agente causante.</p>
--	--	---	--

	consecuencia de los malos tratos, puesto que lesiones en la cara como resultado de un accidente ocurren, principalmente solo en un lado.	<p>niño se percibe diferente y se siente rechazado y no querido.</p> <p>Cree que el maltrato es merecido.</p> <p>Tiene sentimiento de culpa y, con frecuencia intenta ocultar los malos tratos.</p> <p>Se siente como una " mala persona</p>	
--	--	--	--

1.4.2. Abandono Físico o Negligencia

El maltrato por **negligencia** ocurre en su mayoría dentro del seno familiar y se considera una forma pasiva de maltrato hacia el niño (Arruabarrena, 1994). Las necesidades básicas no son atendidas por ningún miembro adulto de la familia. Están incluidas la falta de asistencia educativa y sanitaria, peligros en el hogar. Martínez (1993), lo define como aquellas actuaciones inconvenientes por parte de los responsables del cuidado y educación del niño, ante sus necesidades físicas, sociales, psicológicas e intelectuales, así como a una falta de previsión del futuro.

Según la definición de Santamaría (1993) el maltrato por negligencia “es la omisión de cuidados y supervisión esenciales para la vida del niño sin la presencia de agresión física asimismo la negligencia es el fracaso en la realización de las responsabilidades o deberes”

Los principales indicadores de maltrato por negligencia son el conjunto de manifestaciones consecuencia del descuido o abandono.

Categoría	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
Negligencia	<p>Indicadores propuestos por Martínez, (1993):</p> <p>Retraso de crecimiento o hipo- crecimiento psicosocial.</p> <p>Falta de higiene.</p> <p>Lesiones consecutivas a exposiciones climáticas</p>	<p>Participa en acciones delictivas (ej.: vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc.).</p> <p>Pide o roba comida</p> <p>Dice que no hay nadie que lo cuide.</p> <p>Muestras de desconfianza</p>	<p>Abuso de drogas o alcohol.</p> <p>La vida en el hogar es caótica.</p> <p>Muestra evidencias de apatía o inutilidad.</p> <p>Está mentalmente enfermo o tienen un bajo nivel intelectual.</p> <p>Tiene una enfermedad crónica.</p>

	<p>adversas.</p> <p>Vitaminopatías</p> <p>Caries</p> <p>Retrasos en las adquisiciones madurativas</p> <p>Trastornos del comportamiento.</p> <p>Consecuencias físicas por falta de seguridad.</p> <p>Consecuencias debidas a negligencias en el cuidado médico del niño.</p> <p>Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento e "inapropiadamente" vestido.</p> <p>Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.</p> <p>Cansancio o apatía permanentes.</p> <p>Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej.: heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios.</p> <p>Es explotado, se le hace trabajar en exceso, o no va a la escuela .</p> <p>Ha sido abandonado.</p>	<p>El niño se duerme en clase o está siempre somnoliento</p> <p>Ausentismo escolar</p> <p>Faltas continuas de puntualidad y/o de asistencia</p> <p>Permanencia prolongada en lugares públicos o en escuela</p> <p>Fugas de casa</p> <p>Manifestaciones afectivas extremas, pesimismo</p>	<p>Fue objeto de negligencia en su infancia.</p> <p>Indicadores propuestos por Arruabarrena (1994):</p> <p>Alimentación: no se proporciona la alimentación adecuada</p> <p>Higiene: el niño está constantemente sucio</p> <p>Cuidados médicos: cuidados físicos o necesidades médicas no atendidas</p> <p>Supervisión: un niño que pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto</p> <p>Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del menor.</p> <p>Área educativa: inasistencia injustificada y repetida a la escuela.</p>
--	---	--	--

1.4.3 Maltrato Emocional

El **maltrato o abandono emocional y/o psicológico** (se incluyen formas de abuso y abandono) Se define como hostilidad verbal y/o falta de respuesta de una figura estable de apego a expresiones emocionales del niño ó a los intentos de interacción hacia dicho adulto (indiferencia hacia el niño) durante los seis primeros años de vida. Se incluye el ser testigo de violencia. Generalmente acompaña a las otras tipologías de maltrato infantil.

Kieran (1995) lo define como “la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social”.

Se divide en dos subtipos: (Martínez, 1993): a) *Forma activa*: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar y b) *Forma pasiva*: considerada como conductas derivadas de la omisión (privación de sentimientos de amor, afecto o seguridad, indiferencia).

Las formas más frecuentes de maltrato y abandono emocional (Garbardino citado por Arraubarrena, 1994).

- Rechazo. En general, implica conductas que comunican o constituyen abandono. Hasta los dos años se expresaría en el rechazo a la formación de una relación primaria y en el rechazo a las iniciativas espontáneas del niño y a sus iniciativas primarias de apego. De los dos a los cuatro años, se expresaría a través de la exclusión activa del niño, de las actividades familiares. En la edad escolar, el maltrato emocional se encontraría en la inducción constante en el niño de una valoración negativa de sí mismo.
- Aterrorizar. Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo o con un vago pero siniestro que intentan crear en él un miedo intenso. Hasta los dos años se podría producir , por ejemplo, con la ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del niño a los cambios y los nuevos estímulos. Hasta los cuatro años, se expresaría con la utilización de gestos y palabras exagerados que tratan de intimidar, amenazar y castigar al niño. Durante la edad escolar, se manifestaría en la exigencia de repuesta a demandas contradictorias, en la crítica constante, en el cambio frecuente de roles de padres a hijos, etc.
- Aislamiento. Se refiere a todos los comportamientos que tienden a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales. Hasta los dos años, se expresaría en la negación de la posibilidad de interactuar con otros padres u otros adultos. Hasta los cuatro años, se traduciría en un enseñanza activa de la evitación

de cualquier contacto social, En la edad escolar, se centraría en cualquier intento activo de que el niño no pueda tener relaciones normales con sus compañeros.

- Ignorar. Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad del padre / madre para el niño. Se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del mismo. Tales conductas del niño serán diferentes en función de su estado evolutivo.

El maltrato emocional es difícil de detectar y evaluar, por tanto, su existencia es conocida después de que el niño haya estado expuesto, de forma crónica a situaciones de maltrato emocional. Los niños que sufren malos tratos emocionales presentan numerosos y severos problemas emocionales y conductuales.

- Desordenes conductuales tales como retraimiento y conducta antisocial.
- Demuestra extremos conductuales: pasividad o conducta agresiva extrema.
- Se muestra receloso, pesimista, deprimido, ansioso, preocupado.
- Signos de desordenes emocionales, tales como movimientos rítmicos repetitivos, ausencia de comunicación verbal o física, o atención excesiva los detalles.
- Excesiva rigidez y conformismo.
- Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles.
- Desordenes del apetito, del sueño, compulsividad, obsesiones, histeria, enuresis, fobias e hipocondría.
- Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad.
- Fugas de casa.
- Pobre autoestima.
- Intentos de suicidio.

Categorías	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
Maltrato y abandono emocional	El maltrato emocional es menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño o cuidador.	<p>Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.</p> <p>Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso.</p> <p>Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado "de adultos"(ej.: hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (ej.: mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis).</p> <p>Retraso en el desarrollo físico, emocional o</p>	<p>Culpa o desprecia al niño.</p> <p>Es frío o rechazante.</p> <p>Niega amor.</p> <p>Trata de manera desigual a los hermanos.</p> <p>Parece no preocupado por los problemas del niño.</p> <p>Exige al niño muy por encima de sus capacidades físicas, intelectuales o psíquicas.</p> <p>Tolera absolutamente todos los</p>

		<p>intelectual.</p> <p>Intento de suicidios.</p> <p>Trastornos psicosomáticos.</p> <p>Fingimiento de síntomas.</p> <p>Agravamiento de enfermedades.</p> <p>Indicadores propuestos por Arruabarrena (1994):</p> <p>Pequeñas variaciones de la normalidad conductual.</p> <p>Trastornos reactivos a las condiciones ambientales que dependen del momento evolutivo en el que se encuentre el menor.</p> <p>Trastornos de las funciones relacionadas con la alimentación, sueño o regulación de los esfínteres.</p> <p>Trastornos neuróticos y de relación, en los cuales es preciso la estructuración previa de la personalidad.</p> <p>Trastornos conductuales con erotismo, perversión sexual, hábitos compulsivos, agresividad, etc.</p> <p>Trastornos psicóticos que implican una gran pérdida de contacto con la realidad.</p>	<p>comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.</p> <p>Indicadores propuestos por Arruabarrena (1994):</p> <p>Rechazo verbal aprovechando cualquier acción del menor, que mínimamente rompa los límites establecidos a la "normalidad" familiar.</p> <p>Falta de comunicación con el fin de no ofrecer los estímulos necesarios para la maduración o como consecuencia del propio tipo de vida presentada por los padres (excesos laborales, sociales, vida desordenada, etc.).</p> <p>Educación intimidadora en el momento de poner los límites con creación de inseguridad.</p> <p>Exigencias superiores a las propias de la edad o de un individuo determinado.</p> <p>Educación desvalorizadora.</p>
--	--	---	---

1.4.4 Abuso Sexual

El **Abuso sexual**, se define como cualquier clase de contacto o actividad sexual con un menor realizado desde una posición de poder o autoridad sobre aquel. Incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de órganos sexuales a un niño. El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se puede expresar en cuatro tipos de categorías (Arruabarrena, 1994):

- 1) *Incesto*. Si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.
- 2) *Violación*. Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.
- 3) *Vejación sexual*. Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.
- 4) *Abuso sexual sin contacto físico*. Se incluirían los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la automasturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual.

Algunos de los indicadores del abuso sexual en el niño son:

Categoría	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
Abuso Sexual	<p>Dificultad para andar y sentarse.</p> <p>Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</p> <p>Se queja de dolor o picor en la zona genital</p> <p>Tiene una enfermedad venérea.</p> <p>Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.</p> <p>Tiene la cervix o la vulva hinchadas o rojas.</p> <p>Tiene semen en la boca, genitales, o en la ropa.</p> <p>Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).</p> <p>Dolor en genitales</p>	<p>Parece reservado, rechazante, con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado.</p> <p>Tiene escasa relación con sus compañeros.</p> <p>Comete acciones delictivas o se fuga.</p> <p>Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extrañas, sofisticadas o inusuales.</p> <p>Dice que ha sido atacado/a por su padre, madre o cuidador.</p> <p>Conductas que no corresponden al nivel de desarrollo del menor.</p> <p>Interacción sexual con iguales (la precocidad puede ser un resultado de este tipo de maltrato).</p>	<p>Extremadamente protector o celoso con el niño.</p> <p>Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.</p> <p>Sufrió abuso sexual en su infancia.</p> <p>Experimenta dificultades en su matrimonio.</p> <p>Abuso de drogas o alcohol.</p> <p>Está frecuentemente ausente del hogar.</p> <p>Indicadores inespecíficos propuestos por Martínez (1993):</p> <p>Poca preocupación por la higiene y la alimentación infantil.</p> <p>Poca preocupación por un vestuario adecuado a la</p>

		<p>Acciones o comportamientos verbales sexualizados hacia personas adultas (el menor puede llegar a esperar de los adultos determinadas formas de interaccionar).</p> <p>Depresión.</p> <p>Conductas agresivas.</p> <p>Fobias.</p> <p>Conocimientos sexuales inadecuados a su edad.</p> <p>Cambios repentinos de comportamiento.</p> <p>Dificultades en la atención y concentración.</p> <p>Cambios en el rendimiento escolar</p> <p>Actitudes de desconfianza</p> <p>Conductas autodestructivas</p> <p>Ansiedad</p> <p>Indicadores propuestos por Martínez (1993):</p> <p>Miedo aparentemente injustificado hacia las personas adultas.</p> <p>Desconfianza hacia el adulto en sus promesas o actitudes positivas.</p> <p>Tendencia a la soledad y al aislamiento.</p> <p>Prolongada permanencia fuera del ámbito familiar durante edades preescolares y escolares.</p> <p>Reacciones de agresividad</p>	<p>climatología (frío, calor)</p> <p>Poca vigilancia (en general) antes de los tres años.</p> <p>Escasa vigilancia ante las actividades peligrosas.</p> <p>Corrección física o verbal desmesurada.</p> <p>Exceso de vida laboral o social que imposibilita establecer una relación estimuladora, positiva y de mutua confianza; transmisión de la responsabilidad educadora y vigilancia hacia educadores a sueldo, sin preocupación por sus antecedentes sanitarios o personales y la manera de llevar a cabo su función educadora.</p> <p>Sobreprotección con bienes materiales por la escasez de relación personal.</p> <p>Aislamiento personal o social.</p> <p>Promiscuidad.</p> <p>Vida al margen de la ley o con carencia de límites.</p> <p>Hábitos tóxicos: abuso de sustancias (alcohol, drogas).</p> <p>Vida caótica en el hogar.</p> <p>Frialdad en el trato.</p> <p>Desigualdad en el trato a los hermanos.</p> <p>Despreocupación por los problemas de los hijos.</p> <p>Percepción significativamente negativa</p>
--	--	---	---

		<p>verbal o física desmesurada desde las edades más precoces.</p> <p>Inquietud desmedida por el llanto de los lactantes o de los niños en edad preescolar.</p>	<p>del hijo.</p> <p>Dificultades en la vida relacional de la pareja.</p>
--	--	--	--

1.4.5 Maltrato Prenatal

El **maltrato prenatal** se puede definir como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto (Martínez, 1993).

Este tipo de maltrato en ocasiones pasa inadvertido y su detección se produce generalmente dentro del ámbito sanitario. Aparece generalmente asociado a otros tipos de malos tratos como la negligencia o el maltrato emocional.

Los indicadores más claros se refieren, a alteraciones en el crecimiento sin una causa aparente.

Categoría	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
Maltrato Prenatal	<p>Bajo peso al nacer.</p> <p>Aparición en él recién nacido de síndrome alcohólico fetal, Síndrome de abstinencia en el recién nacido</p> <p>Patrones neurológicos anómalos</p> <p>Retrasos y/o problemas en su crecimiento</p> <p>Infecciones de transmisión vertical.</p> <p>Los indicadores más claros se refieren, a alteraciones en el crecimiento (peso, altura, diámetro craneal por debajo del percentil tercero) sin una causa aparente (Loredó, 1997).</p>	<p>Déficit para mantenerse alerta.</p> <p>Déficit para orientarse sensorialmente.</p> <p>Dificultades motoras</p>	<p>Embarazo no deseado.</p> <p>Indiferencia emocional.</p> <p>Promiscuidad.</p> <p>Situaciones y estilo de vida que afecte negativamente a la madre gestante, especialmente de manera prolongada como alimentación inadecuada, consumo de drogas, actividades físicas peligrosas.</p>

1.4.6 Síndrome de Münchhausen

El **síndrome de Münchhausen por poderes**. Es un cuadro poco frecuente. Se lleva a un niño a la atención médica con síntomas inventados por sus padres quienes le inducen o provocan enfermedades, dando lugar a que las víctimas sean sometidas a diagnósticos o procedimientos terapéuticos de carácter invasivo en repetidas ocasiones con hospitalizaciones frecuentes de alta morbilidad y, en ocasiones, la muerte (Reyes, Loredo, Perea, Velasco, 2002)

Formas clínicas.

En la edad pediátrica existen dos formas:

1. El síndrome de Münchhausen infantil (SMI). El propio niño “elabora y fabrica la enfermedad”. Ésta puede darse en preadolescentes y adolescentes entre los 10 y 15 años de edad con frecuentes manifestaciones urinarias o dermatitis ficticias.
2. El síndrome de Münchhausen por poderes (SMPP) (Reyes; Carvajal, 1995). El niño es víctima de la simulación o motivación de la enfermedad por parte de los padres.

En esta forma el infante juega un papel pasivo y es, generalmente, la madre quien perpetra, ocasionalmente es el padre. Se observa en menores de 10 años.

Estos son algunos de los indicadores del Síndrome de Münchhausen:

Categoría	Indicadores físicos	Indicadores comportamentales	Conducta y características del cuidador
Síndrome de Münchhausen	<p>Las diferentes formas de manifestación en este tipo de maltrato incluyen las siguientes entidades:</p> <p>Convulsiones por abuso de sustancias,</p> <p>Sofocación por presión del seno carotídeo y vómitos incoercibles sin respuesta al tratamiento.</p> <p>Las madres usan jarabe de ipecacuana como inductor del vómito originando en algunos de ellos miopatías cardiacas y esqueléticas y</p>	<p>Peregrinación por diferentes servicios por síntomas catalogados como menores.</p> <p>Reiteradas hospitalizaciones y exploraciones médicas sin diagnósticos precisos.</p> <p>Se han utilizado numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.</p> <p>Contradicciones entre los datos recogidos en la exploración y los recogidos en la historia clínica.</p> <p>Diferentes médicos dudan de que los síntomas presentados por el menor</p>	<p>Es la madre en un 98% de los casos. La edad fluctúa entre los 27 y 32 años de edad. Un 80% de ellas, profesionales relacionadas con la salud, han sufrido el mismo síndrome o han recibido tratamiento psiquiátrico previo al SMPP.</p> <p>El 60% ha presentado intentos de suicidio y la mayoría de los padres se mantienen al margen con un comportamiento pasivo. El rechazo al niño se inicia desde la fase de la gestación,12 pudiéndose, en esta etapa, sospechar que se tratará de un niño</p>

	<p>diarreas prolongadas.</p> <p>Otras formas de manifestarse son: Infección respiratoria aguda o crónica que no responden al tratamiento instituido, si cursan con fiebre ésta sólo se hace evidente ante la presencia de la madre, en su ausencia el niño está afebril y con buen estado general; a la diarrea, que no corresponde al estado de hidratación del niño, agregan sangre o colorantes a la heces.</p> <p>Hemorragia gastrointestinal, hematurias micro y macroscópicas, hemorragias nasolagrimalas, septicemia, hipoglucemia, fibrosis quística, apneas por ahogo manual, crisis de hipoxia, exantemas inespecíficos, artritis inespecíficas y bulimia, entre otros.</p>	<p>respondan a una enfermedad desconocida.</p> <p>Aparecen diagnósticos clínicos contradictorios.</p> <p>Hospitalizaciones y/o consultas médicas repetidas.</p> <p>La figura materna suele presentar una clínica similar a la de su hijo (a)</p>	<p>maltratado por la madre potencialmente propensa a este comportamiento negativo (Foncerrada, 1987).</p> <p>Al no lograr deshacerse de él o no aceptarlo en las primeras etapas de vida, intentará hacerlo posteriormente inventándole enfermedades e involucrando al personal de salud (Reyes; Carvajal, 1995).</p> <p>Una vez identificadas muestran un gran rechazo e irregularidad para acudir a las consultas psicológicas y psiquiátricas. Generalmente son madres amables, preocupadas por la enfermedad del niño, dispuestas a colaborar en la curación, muestran “grandes conocimientos de medicina” y la mayoría de ellas tienen un coeficiente intelectual alto, aunque presentan desorganización y dificultad para adaptarse en las fuentes de trabajo. Demandan en sus hijos los últimos avances de la ciencia médica, algunas de ellas poseen alteraciones mentales y la mayoría son divorciadas o tienen problemas conyugales importantes (Smith; Stevenson, 1990).</p> <p>Los médicos con experiencia indican no haber visto casos como éste. Generalmente, los síntomas desaparecen en la ausencia de la madre, la cual se muestra excesivamente atenta y no quiere abandonar a su hijo. Tratamiento no valorado e</p>
--	---	--	--

			incompleto, habitualmente el esquema de vacunación está inconcluso, o bien, éste es realizado en tiempos extraordinarios. Si existe el antecedente de convulsiones, éstas no mejoran con anticonvulsivantes usuales, según lo expresan ellas, muchas tienen fondo paramédico. En 1990 se reportó un solo caso de SMPP donde el perpetrador era el padre (Makar; Squier, 1990).
--	--	--	--

1.4.7 Maltrato Institucional

El **maltrato institucional**: Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados, por profesionales al amparo de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor y amenace su correcto desarrollo, con o sin contacto directo con el niño. Incluye la falta de agilidad en la toma de medidas de protección o recursos (Martínez, 1993).

El origen se encuentra en las personas responsables de las diferentes políticas aplicables a la infancia desde cualquier ámbito, programas, recursos o sistemas de protección: Profesionales de la institución; Programas de la institución; Sistema de protección infantil; Sistema sanitario; Sistema educativo y/o Sistema judicial.

En el maltrato institucional los responsables de la acción directa no ofrecen al niño la cobertura idónea de sus necesidades para un correcto desarrollo o no les proporciona el bienestar adecuado, cuando los padres no lo hacen (Martínez, 1993).

Aún podrían mencionarse algunas otras formas de maltrato, pero en todo caso, es importante tener en cuenta que pocas veces ocurren aisladamente. Por el contrario, es común que ocurra una combinación simultánea de formas de maltrato infantil. Finalmente, las consecuencias del maltrato, casi nunca son de un solo tipo; el daño generalmente es de diversa índole, aun si sólo ocurriera un tipo de maltrato, por lo cual se dará un panorama general de las consecuencias en distintos aspectos en el curso del desarrollo normal, es decir, como se evidencia el maltrato en el desarrollo infantil.

1.5 Modelos Explicativos del Maltrato

1.5.1 Teoría de la Transmisión Intergeneracional del Maltrato

La hipótesis de la transmisión intergeneracional del maltrato ha ocupado un lugar importante en la teoría del maltrato infantil planteando que existe un ciclo en el cual la violencia genera violencia y se produzca el maltrato de padres a hijos.

La transmisión intergeneracional del maltrato ha sido considerada como una evidencia casi desde los primeros momentos de abordaje de «síndrome del niño apaleado» (Helfer y Kempe, 1968). Las teorías psicodinámicas se han apoyado básicamente en dicha transmisión de patrones maltratantes para explicar los procesos intrapsíquicos que subyacen a las relaciones en las que predomina el maltrato físico. Desde la teoría del apego, también se ha analizado dicha transmisión intergeneracional aplicando el conocido constructo de los modelos internos de funcionamiento (internal working models). Desde el aprendizaje social, se hipotetiza que la historia de maltrato infantil provocaría una ausencia de habilidades aprendidas para el manejo de las conductas de los niños y la utilización del castigo físico como exponente de la única estrategia aprendida (Wolfe, 1985).

No obstante, estas explicaciones se han basado en una supuesta evidencia de tal transmisión intergeneracional o de la repetición del ciclo de los malos tratos que ha empezado a no ser aceptada de manera generalizada. En muchas investigaciones que han estudiado esta cuestión no se han tenido en cuenta todos los padres que han sido maltratados en su infancia y que cuidan adecuadamente a sus hijos. Es evidente que este importante sesgo produce una sobrestimación de las tasas de transmisión intergeneracional. El carácter retrospectivo de la mayoría de los resultados de los estudios justifica este defecto en la interpretación de los resultados. La revisión realizada por Kaufman y Zigler (1987) se constituye en un elemento esencial en este tema; refieren que, desde un punto de vista retrospectivo, se podría afirmar que existe una tasa de un 90% de transmisión intergeneracional del maltrato. Si se analizan con rigor los datos de las investigaciones longitudinales revisadas en el trabajo citado, se debería decir que únicamente un 18% de los sujetos maltratados en su infancia reproducen este comportamiento en la edad adulta.

Pero también es dudosa esta interpretación de los resultados de los estudios longitudinales. En ellos se evalúa la reaparición del maltrato infantil en un único hijo y sólo durante un breve lapso de tiempo (primer año, cinco primeros años). Es conveniente tener en cuenta que no todos los hijos de una familia son siempre objeto de maltrato y que las tasas de distribución por edades muestran altas proporciones de casos aparecidos después del primer año o a partir de los seis años.

Es evidente que la historia de maltrato es una variable que coloca a un sujeto en un importante riesgo de reproducir el problema. Lo esencial es discriminar aquellas variables

que hacen que un sujeto maltratado se convierta, o no, en un maltratador físico con sus hijos. Se suele afirmar que es más frecuente la recurrencia cuando no se produce, por cualquier razón, una adecuada integración de la historia de maltrato vivida. También se afirma que la presencia de una figura de apoyo en la infancia, la participación en algún tipo de actividad psicoterapéutica y la estabilidad y apoyo emocional de la pareja actual son los aspectos que diferencian a los sujetos maltratados que reproducen este problema de los que no lo hacen. En definitiva, las situaciones de ruptura de la supuesta transmisión intergeneracional y las razones de tal ruptura son un aspecto esencial en la comprensión de la etiología del maltrato infantil (Belsky, 1993).

1.5.2. Modelo Sociológico

A partir de 1970, el modelo sociológico aparece y dirige la etiología del maltrato a las actitudes socioculturales: el modelo de la sociedad que legitima la violencia como modo idóneo de control interpersonal y las familias en situaciones de estrés (enfermedad, droga, desempleo, dificultades económicas, hacinamientos, problemas matrimoniales, problemas legales, etc.) constituyen los principales motivos explicativos desde el punto de vista sociológico al fenómeno del maltrato.

Desde esta perspectiva, los padres son considerados víctimas de fuerzas sociales, encontrándose el abuso igualmente entrelazado con un conjunto de valores, actitudes y creencias socioculturales acerca de la infancia, la familia y la paternidad (agresión verbal/castigo corporal como disciplina, arraigo en la idea de privacidad en la vida familiar, niños propiedad de los padres, etc.), (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

En este aspecto se inició una toma de conciencia sobre la importancia de los factores socioeconómicos en la explicación del maltrato infantil. Las situaciones de estrés derivadas de fuertes privaciones de tipo económico y social se empezaron a considerar relevantes a partir de 1970, dando lugar a los denominados modelos sociológicos o socioambientales. Se defendió la importancia de los factores socioeconómicos en la explicación del maltrato, argumentando que la ausencia de detección de maltrato en otras clases sociales no tiene por qué ser iniciativa de que en dichas clases se produzca en la misma proporción que en las clases más bajas. Garbarino y Kostelny (1992, citado en Arruabarrena y De Paul, 1994) tratan este aspecto desde una perspectiva más compleja y abordan la cuestión en términos de un mayor “empobrecimiento social” (menor acceso a recursos sociales, menor calidad de la red de soporte social) presente en ambientes con una frecuencia más alta de maltrato y abandono infantil (Arruabarrena y De Paul, 1994).

1.5.3. Modelo Psicológico-Psiquiátrico

Las primeras hipótesis siempre se focalizaron en la supuesta presencia de trastornos psiquiátricos en los padres que justificaban el bloqueo, la distorsión o la no adquisición de los recursos para desempeñar el rol de padre/madre. La existencia de múltiples casos de maltrato infantil en los que no se apreciaba ninguna alteración psicopatológica hizo poner

en cuestión tal hipótesis. Desde este modelo, y por la razón citada, se fue produciendo un desplazamiento hacia la búsqueda de aquellas características del funcionamiento psicológico que, sin ser consideradas como patológicas, explicarían disfunciones en la ejecución del rol parental (Arruabarrena y De Paul, 1994).

Este modelo considera como factor prioritario explicativo las características psicológicas o los rasgos psicopatológicos de los perpetradores, proponiendo como método terapéutico la modificación de los factores emocionales presentes.

Al ampliarse la definición del maltrato, y al comprobarse la escasez de síntomas psicóticos en padres maltratadores, esta hipótesis no satisface. Ya Kempe en 1972 advierte que no sólo un 10% de los maltratadores padecían enfermedad psiquiátrica específica, señalando la mayor incidencia de determinadas psicopatologías, lo que hizo que este modelo se centrara en características de personalidad (Tabla 1).

La ausencia de resultados consistentes que apoyen una explicación exclusivamente psicopatológica no desvaloriza el interés de comprender las características individuales de los padres que maltratan a sus hijos en relación con sus experiencias previas y necesidades como factor contribuyente (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

Tabla 1. Personalidad característica del padre abusador¹

Pobre desarrollo emocional	Baja autoestima	Aislamiento emocional	Soledad depresiva	Bajo control de la agresividad
*Inmadurez *Dependencia *Necesidad de afecto	*Baja/pobre autoestima *Escasa autoconfianza *Sensación de incompetencia *Hipersensible *Pobre autoidentidad	*Aislado *Rechaza relaciones humanas *Falta de empatía *Falta de afecto *Desconfiado *Dificultad matrimonial	*Deprimido *Sentimientos depresivos crónicos *Apático *Triste, infeliz *Temor a estar solo	*Agresión pobremente controlada *Hostil *Agresividad y hostilidad perversiva *Patrón de agresión y violencia

¹ Fuente: Casado, Díaz y Martínez (1997) *Niños maltratados*, Madrid: Díaz de Santos

Alteraciones psicopatológicas. Una de las cuestiones más estudiadas es la presencia de alcoholismo y toxicomanías en las familias maltratantes, y los trabajos empíricos realizados presentan datos que apoyan esta relación en los casos de maltrato físico y de abandono físico.

Se han realizado una importante cantidad de investigaciones que han analizado la relación del maltrato físico con alteraciones psicológicas en los padres. En términos generales parece aceptado que el malestar psicológico correlaciona con la frecuencia de maltrato físico. Sin embargo, sólo en un reducido número de casos se encuentran alteraciones

psicológicas concretas y diagnosticables. Algunas investigaciones han encontrado en los maltratadores físicos una mayor tendencia a la impulsividad, a la expresión de la cólera y a la excitabilidad (obvias a priori), así como una mayor desorganización, lenguaje incoherente y conducta extraña (Green y cols., 1980). También se ha encontrado en los maltratadores físicos una mayor frecuencia de casos con personalidad antisocial y personalidad lábil. Cuando se ha evaluado la presencia general de sintomatología psicopatológica también se han encontrado diferencias importantes. En un trabajo realizado por Estroff y cols. (1984) el 52% de las madres con problemas de maltrato físico puntuaban por encima del percentil 95 en una prueba que evaluaba la presencia de sintomatología general de tipo psíquico y su nivel de severidad. En otros trabajos se aprecia una clara presencia de sintomatología depresiva, de ansiedad y frecuentes quejas subjetivas de malestar físico y psíquico, que correlacionan significativamente con las interacciones negativas entre madres e hijos (Lahey y cols., 1984). Parece ser válida la hipótesis de que los <<padres con niveles más altos de malestar emocional y físico pueden tener umbrales más bajos de tolerancia a las conductas aversivas de los niños y, por lo tanto, pueden reaccionar más fácilmente con conductas agresivas e incontroladas>> (Lahey y cols., 1984).

Todos los resultados de los diferentes trabajos de investigación realizados acerca de la situación psicológica de los maltratadores físicos, asignan una mayor importancia al malestar psicológico (depresión, ansiedad, hostilidad) y al estado emocional negativo general del sujeto. En realidad, se puede afirmar que se está detectando en los maltratadores físicos una mayor presencia de lo que se ha etiquetado como <<neuroticismo>>. La importancia asignada a factores hereditarios en dicho rasgo haría pensar en la necesidad de una mayor focalización de la investigación del maltrato físico infantil en los aspectos más individuales (Belsky, 1993).

1.5.4. Modelos Cognitivo-Conductuales

Bauer y Twentyman (1985) formularon con cierta claridad el modelo cognitivo del maltrato físico. Este último se produciría tras una secuencia de cuatro fases: 1) expectativas inadecuadas con respecto a secuencias de interacción del niño; 2) incoherencia entre la conducta del niño y las expectativas; 3) interpretaciones extrañas de la conducta del niño basadas en la intencionalidad, y 4) respuesta inapropiada y agresiva hacia el niño. Se trataría, en definitiva, de una inadecuación de los padres para la resolución de las situaciones estresantes.

En contra de las hipótesis clásicas presentadas por Helfer y Kempe (1968), parece que las expectativas negativas que los padres maltratantes tienen del rendimiento de sus hijos son normales o, en todo caso, inferiores a lo normal. No obstante, parece que las expectativas negativas que las madres o padres tienen de los niños, se aprecian con una mayor relevancia en algunas secuencias complejas interpersonales muy frecuentes en la interacción cotidiana.

Milner (1993) ha formulado un modelo etiológico del maltrato físico basado en la teoría del procesamiento de la información social. En este modelo, el procesamiento de la información constituye un proceso que se compone de tres fases cognitivas: 1) la percepción de la conducta social, 2) las interpretaciones, evaluaciones y expectativas que dan significado a la conducta social, y 3) la integración de la información y selección de la respuesta. La cuarta fase es de tipo cognitivo-conductual, e incluye el proceso de implantación y monitorización de la respuesta.

1.5.5. Modelo centrado en la Vulnerabilidad del Niño

En él se pretende analizar los factores estresantes derivados del propio niño que, sumados a los anteriormente referidos, contribuyen a que puedan producirse estallidos de violencia o desatención severa.

Entre otros han sido reseñados: fruto de embarazos no deseados o de relaciones extramatrimoniales, niños prematuros o de bajo peso al nacer, niños afectados de malformaciones o que tienen algún tipo de necesidad especial (física o sensorial), niños hiperactivos o irritables, etc. (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

Desde el punto de vista interaccional, es necesario tener en cuenta que las variables o factores hasta ahora citados y relacionados con las características psicológicas de los padres, favorecerán los actos de maltrato físico de manera especial cuando el niño, a través de ciertas características propias o ciertos comportamientos, supere la capacidad de los padres para dar respuesta a sus demandas. Parece haber datos que señalan una mayor frecuencia de maltrato físico en determinados niños que pueden ser considerados de mayor vulnerabilidad.

Los datos epidemiológicos muestran que las tasas de maltrato decrecen con la edad del niño. La mayor frecuencia de maltrato físico en los niños más pequeños puede deberse a una mayor tendencia a usar con ellos la fuerza física que el razonamiento o al hecho de que son más dependientes física y psíquicamente y pasan más tiempo en contacto con los adultos. Los niños más jóvenes tienen, por otra parte, más dificultades en la regulación de las emociones y esto puede aumentar las posibilidades de provocar la irritación de los padres y la pérdida de su control. La mayor autoasertividad de los niños en determinadas fases del desarrollo evolutivo hace que traten de funcionar autónomamente y puede generar más conflictos con los padres (Belsky, 1993).

También se ha señalado que existe un mayor riesgo de maltrato físico en los niños con algún tipo de dificultades de salud física. De manera especial, las hipótesis se han focalizado en los niños prematuros y de bajo peso, que parecen presentar mayor frecuencia de estímulos que potencialmente provocan tensión y estrés en los padres. No obstante, la presencia de mayores tasas de maltrato físico en niños prematuros o de bajo peso no ha sido corroborada de manera generalizada en todas las investigaciones y los resultados son inconsistentes también cuando se evalúa la salud general, la utilización de

cuidados intensivos o la presencia de desventajas físicas. No obstante, desde una perspectiva interaccional es comprensible que tales factores de vulnerabilidad no aparezcan como factores de riesgo de manera clara hasta que no se presenten en familias con padres vulnerables por razones de tipo psicológico o social.

Desde tal perspectiva bidireccional, se puede entender que se haya afirmado con cierta frecuencia que la propia conducta del niño pudiera ejercer un efecto en generar o mantener la conducta del maltrato físico. Parece que hay resultados que confirman que los niños maltratados presentan más problemas de conducta que los niños de familias no problemáticas (De Paul y Arruabarrena, en prensa). De todas formas, no queda claro si los niños presentan más problemas de conducta o son únicamente percibidos como más problemáticos por los padres, ni si tales problemas de conducta, en caso de existir, son previos o posteriores a la aparición del maltrato físico. Se necesitan más estudios de tipo longitudinal que determinen el papel real que el niño desempeña en la interacción maltratante (Belsky, 1993).

1.6. Consecuencias del Maltrato Infantil

1.6.1 Consecuencias en el Desarrollo Psicológico

Que el maltrato infantil es malo para los niños que lo sufren es algo evidente. Afirmar o cuestionar tal obviedad no tendría ningún sentido. Sin embargo, cuando se trata de documentar el cómo, el porqué y en qué aspectos concretos de su desarrollo y bienestar le afectan al niño las diferentes formas de maltrato, las respuestas se hacen más limitadas y difíciles de precisar. Martínez y de Paúl (1993) describen varias razones:

1. Retraso en el inicio del estudio de dichas consecuencias por una mayor presión de la investigación hacia los factores de riesgo y supuestas causas del problema.
2. Ausencia de estudios longitudinales. Los estudios retrospectivos sobre niños que ya han sufrido situaciones de maltrato tienen gran dificultad para deslindar las variables que ya formaban parte de las características de estos niños y las que han ido surgiendo como consecuencia del maltrato o abandono.
3. Dificultades derivadas de los procesos evolutivos del problema. Las consecuencias del maltrato serán necesariamente diferentes en función de la edad del niño en el momento de su aparición y de la duración y cronicidad de estas.
4. La mayor complejidad viene derivada de que el estudio de las consecuencias del maltrato infantil no se debe referir únicamente al maltrato físico, al abandono físico o al abuso sexual. Se trata del estudio de los efectos de una situación de ruptura general del ambiente familiar que es la que en cada caso desencadena el maltrato y, por tanto, es la responsable de la mayoría de las consecuencias que se puedan detectar en estos niños.

Todas estas limitaciones hacen que el ámbito de las consecuencias del maltrato sea uno de los que presenta más lagunas y resultados contradictorios. Para lograr una adecuada comprensión del impacto de los malos tratos en el desarrollo psicosocial del niño, es importante considerar las principales metas adaptativas de las distintas etapas del desarrollo normal. (6 - 12 Comprensión social; desarrollo del juicio moral; constancia de género; jerarquización de las redes sociales y múltiples figuras de vínculo; sentido de competencia y capacidad para asumir responsabilidades; ajuste escolar)

El maltrato infantil puede tener consecuencias en prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona que lo sufre. Así, estas pueden ser de tipo orgánico, social, afectivo, e incluso de índole cognitiva.

Antes de desarrollar estas consecuencias se hará mención a la conclusión a la que llega Cerezo (1995) después de hacer una revisión sobre este tema:

1. No todos los niños maltratados desarrollan los mismos problemas, pero hay un patrón cognitivo y conductual característico o típico del niño maltratado.

1.6.2 Consecuencias en la Formación de Relaciones de Vínculo

El desarrollo de vínculos seguros entre el niño y sus cuidadores es un área crítica del desarrollo que tiene lugar en el primer año de vida. Sin embargo, la relevancia de la formación de relaciones de vínculo en el contexto más amplio del desarrollo psicosocial del niño se extiende más allá de ese periodo temporal. De acuerdo con la teoría del vínculo, la calidad y seguridad en las primeras relaciones que se establecen entre el niño y sus cuidadores son elementos esenciales para el desarrollo adaptativo del niño.

Conductas parentales durante el primer año de vida caracterizadas por la insensibilidad, el rechazo y la no respuesta tienen como resultado una relación de vínculo insegura entre el niño y sus padres. Este vínculo inseguro se encuentra asociado con la aparición de problemas posteriores en diversas áreas del funcionamiento adaptativo como, la interacción con otros adultos, la exploración del mundo físico, el desarrollo del juego simbólico y habilidades cognitivas como la resolución de problemas.

Una de las consecuencias del maltrato infantil, es la aparición de serias dificultades para realizar una de las tareas evolutivas más importantes de los primeros años de la vida: el desarrollo de un vínculo afectivo o apego seguro. Las alteraciones que el maltrato produce en la relación de apego, pueden ser el origen de graves dificultades socio-emocionales a corto y largo plazo. Algunos autores han incluido entre estas consecuencias a largo plazo la transmisión intergeneracional. Se plantea que las personas que fueron maltratadas en su infancia carecen de modelos de interacción adecuados que guíen la forma de interactuarse con sus hijos, y tienden a reproducir los modelos que han tenido durante

su infancia. Con relación a este aspecto, aunque en algunos casos la transmisión intergeneracional es un hecho, no podemos suponer que todo niño maltratado será un futuro maltratador, ni que todo maltratador ha sido maltratado en su infancia (Simón, López y Linaza, 2000)

El niño, desarrolla, a través de la interacción con sus cuidadores primarios, expectativas acerca de la responsividad y disponibilidad de los adultos. Estas expectativas configuran lo que Bowlby denomina " modelos internos de representación": representaciones mentales del mundo y de la persona en el mundo, a partir de las cuales se perciben eventos, se predice el futuro y se planifican acciones.

El niño maltratado desarrollará con mayor probabilidad un modelo interno de sí mismo, y de sí mismo en relación con los demás, fundamentalmente negativo. Otros problemas que manifiestan los niños maltratados (pobre autoestima y autocontrol, relaciones con los iguales caracterizadas por la agresión o el aislamiento, retraso en el desarrollo cognitivo y en la competencia académica, problemas conductuales) parecen derivarse del desarrollo de expectativas acerca de los adultos como personas que no responden y no disponibles, de quienes el niño sólo espera el rechazo.

1.6.3 Consecuencias en el desarrollo de la competencia social

Los estudios han mostrado que estos niños suelen tener desde muy temprano dificultades para relacionarse de forma adecuada con otros niños. En comparación con otros niños de su edad que no han sufrido maltrato, tienden a ser más agresivos en sus relaciones con iguales, aparecen con más frecuencia conductas como la agresión física, la amenaza, el insulto, tienden a no compartir cosas con sus iguales, etc. (Simón Rueda y cols, 2000).

Existe diferencias en las formas de relacionarse con el medio en función del tipo de maltrato sufrido. Mientras que los niños que han sufrido maltrato físico muestran conductas caracterizadas por la agresividad y evitación de la interacción con iguales, los niños que han sufrido negligencia muestran un mayor retraimiento, aislamiento y dificultades para mostrar afecto (Mueller y Silverman, 1989).

Las deficiencias en la interacción social de los niños maltratados respecto a los no maltratados se manifiestan tanto en la cantidad como en la calidad de las conductas de participación social. Es decir, no sólo interactúan menos sino que además cuando lo hacen es con menos entusiasmo, menos imaginación y con menos capacidad para disfrutar de esa relación (Jacobson y Straker, 1982)

En la conducta de estos niños con sus iguales pueden intervenir diferentes factores y no siempre estos niños reaccionan de forma agresiva ante todas las situaciones. En otros trabajos se encuentra que los niños maltratados tienen dificultades para interpretar de forma adecuada las claves sociales, lo que se traduce en una carencia de estrategias para solucionar problemas interpersonales, y en una tendencia a interpretar de forma hostil la

conducta de otros niños (Dodge, Bates y Pettit, 1994). Sin embargo, en este punto mientras que unos autores consideran que los maltratados dan menos soluciones alternativas a problemas interpersonales que los no maltratados, otros autores consideran que el maltrato está asociado a niveles elevados de agresión y con el rechazo a los iguales, pero no con unas habilidades sociocognitivas más pobres.

Los niños físicamente maltratados no se diferencian de los normales en la frecuencia de acercamiento espontáneo a los adultos, ni a otros niños. Sin embargo cuando el adulto se acerca a ellos de manera amistosa, éstos no continúan dicho acercamiento y se diferencian claramente de los niños no maltratados. Se produce una inhibición del acercamiento ante gestos afiliativos de los adultos. Se puede inferir que en estos niños víctimas del maltrato, la interacción y atención mutua con adultos es displacentera y percibida como peligrosa o amenazante. Sin embargo, cuando esta interacción se da con percepción de control por parte del niño (cuando él la inicia espontáneamente) se acerca a lo normalmente esperado. La mayor agresividad y respuesta negativa al acercamiento de los adultos constituyen factores que aumentan la dificultad de estos niños para cualquier tipo de interacción social en épocas evolutivas posteriores.

Desde el aprendizaje social, la observación de la utilización de conductas agresivas facilita que estos niños aprendan a responder a la frustración, rabia o miedo de manera agresiva, lo que dificulta la probabilidad de establecer relaciones sociales positivas.

Los malos tratos en la infancia amenazan seriamente la capacidad del niño de alcanzar con éxito un objetivo fundamental del desarrollo psicosocial: la exploración e incorporación en su entorno social.

1.6.4 Consecuencias en Empatía y Sensibilidad Social

La empatía es un elemento clave en el desarrollo social, que implica la capacidad para ponerse en el lugar del otro, así como la capacidad para discriminar emociones en los demás.

Los escasos estudios que han examinado las relaciones entre el maltrato infantil y el desarrollo de la empatía coinciden en señalar que los niños maltratados responden más pobremente en medidas de sensibilidad social y habilidad en discriminar emociones en los otros. Manifiestan problemas en la identificación y descripción de las emociones, así como en la descripción de las causas sociales e interpersonales de emociones específicas.

1.7 El Desarrollo Sociocognitivo del Niño Maltratado

1.7.1 Formación de la imagen de sí mismos y ajuste emocional

El niño rechazado tiende a manifestar problemas en los sentimientos de autoestima y auto - adecuación, al ser emocionalmente inestable y poco responsivo y a expresar una visión negativa del mundo. Los procesos que explican las relaciones entre el rechazo parental y estas características de los niños son, de acuerdo con Rohner y Rohner 1980, los siguientes: las personas tendemos a percibirnos en función de los que imaginamos que son las percepciones que los " otros significativos "tienen de nosotros. Si un niño es rechazado por sus padres, probablemente se definirá a sí mismo como una persona indigna que no merece el afecto y el amor; de esta forma, ese niño desarrollará un sentimiento generalizado de autoevaluación negativa, sentimientos que incluyen una autoestima negativa.

Cuando un niño se encuentra con un ambiente que no favorece las situaciones de aprendizaje e interacción, cuando el adulto no le presta atención, y si lo hace son frecuentes el rechazo, la minusvaloración, la burla, etc, va a originar en el niño unas expectativas muy bajas sobre su rendimiento, una baja autoestima, tendencia a no enfrentarse a tareas nuevas por miedo al fracaso o al rechazo, y si se enfrentan lo harán con ansiedad.

La privación social ocasiona que los niños que la sufren sean personas muy dependientes de la aprobación de los demás, que necesiten ser reforzados por terceros, lo que a su vez limita su autonomía, con las lógicas repercusiones en la forma de relacionarse y enfrentarse a las tareas escolares.

Se ha encontrado una tendencia en los niños víctimas de maltrato físico a considerar los acontecimientos externos fuera de su control e inevitables. En otros casos se ha encontrado que los niños que han sufrido abuso atribuyen las cosas negativas que les ocurren a factores internos y estables.

Este estilo atribucional que se podría considerar depresógeno, descrito por Cerezo y Frias (1994), está caracterizado por la realización de atribuciones internas, estables y globales para las cosas negativas que les suceden, a lo que habría que añadir la sensación de incapacidad para controlar esta situación. Los niños desarrollan síntomas depresivos al encontrarse ante una situación que no pueden controlar, en la que sus conductas son independientes del resultado y del comportamiento de los demás. En estudios con niños maltratados psicológicamente algunos autores afirman que la interiorización de la desvalorización puede desembocar en cuadros depresivos y suicidio, especialmente en la adolescencia.

1.7.2 El Desarrollo Moral

Son muy pocos los estudios que recogen las repercusiones de los malos tratos en la elaboración de juicios morales en los niños. García y Musiti (1993) presentan una revisión de los pocos estudios de investigación que se han realizado sobre este aspecto. La metodología utilizada trata de historias en donde se presentan escenas con diferentes tipos de transgresiones. Simón Rueda y cols (2000) destacan algunas conclusiones de este trabajo:

1. Los niños víctimas de malos tratos difieren de los no maltratados en los juicios morales relacionados con sus experiencias de maltrato. Muestran una sensibilidad especial a la incorrección de las transgresiones morales relacionadas con la experiencia de los malos tratos sufridos por ellos.
2. Aparece una discrepancia entre la alta sensibilidad moral y los altos niveles de agresividad encontrados en estos niños.
3. Cuando se presenta a los niños situaciones hipotéticas los juicios en relación a la corrección o incorrección de una conducta no difieren de los juicios de sus iguales no maltratados. Sin embargo cuando se presentan situaciones reales los niños maltratados consideraban las transgresiones de terceros que atentaban contra el bienestar de otros como más permisibles, especialmente cuando el daño causado era importante.
4. Los niños maltratados son más egocéntricos que sus iguales no maltratados a la hora de justificar su conducta.
5. Los niños maltratados pueden desarrollar umbrales de dolor diferentes a los de otros niños y juzgar acciones que causan daños a terceros como menos serios y más permisivos.

1.7.3 Ajuste Escolar y Rendimiento Académico

Los niños maltratados, desde la edad escolar, son más propensos a mostrar retrasos en el desarrollo cognitivo que sus iguales no maltratados. Este retraso es atribuido, en general, a la escasa estimulación recibida en el hogar por sus padres, los cuales se preocupan excesivamente por aspectos conductuales y por lograr la obediencia del niño, en detrimento de las necesidades exploratorias del niño y de la exposición a nuevos estímulos cognitivos y sociales.

El abuso emocional, verbal o físico, puede tener un efecto supresor de numerosos aspectos de la conducta interpersonal del niño, lo cual puede explicar parcialmente la lenta adquisición de estos niños de habilidades cognitivas y sociales. El maltrato puede tener un doble efecto al acentuar los mismos problemas y retrasos en el desarrollo que los padres intentan rectificar.

Numerosos estudios han revelado déficits significativos en el rendimiento académico y en el funcionamiento intelectual de los niños maltratados. Diversos autores han sugerido que las puntuaciones bajas de los niños maltratados en los test de inteligencia, reflejan problemas motivacionales en lugar de deterioros intelectuales. Las condiciones negativas que caracterizan el entorno familiar de los niños maltratados (estimulación verbal inadecuada, expectativas poco realistas, imprevisibilidad) pueden deteriorar la motivación del niño para la competencia cognitiva.

Existe una pobre orientación motivacional en los niños maltratados, caracterizada por una mayor dependencia e imitación, una menor conducta exploratoria y una pobre competencia cognitiva.

Díaz-Aguado y cols. (1996) consideran que las dificultades de aprendizaje son más fáciles de superar que los problemas de empatía en estos niños.

Respecto a que "*no todos los niños maltratados desarrollan problemas*", cabe hacer la observación de que los niños que han sufrido malos tratos desarrollan ciertos esquemas cognitivos de vulnerabilidad que pueden contribuir a la aparición de trastornos psicológicos y que el hecho de poseer estos esquemas les dificultará alcanzar algunas de las metas adaptativas del desarrollo normal de un niño, lo que constituye por sí solo un problema.

"El impacto del abuso, puede verse potenciado o amortiguado, según múltiples variables: no sólo las más obvias, relacionadas con el tipo, duración o intensidad del maltrato, sino también por las características de la víctima, los recursos y apoyos que tenga, y las propias vicisitudes de su evolución vital" (Belsky y Vondra,1987).

Es así como de manera muy general queda de manifiesto cómo es que implícita o explícitamente, dentro de estos aspectos que se revisaron del desarrollo se hacen evidentes componentes de síntomas depresivos y desesperanza. Por ello es importante dar un trato aparte al tema de la Depresión, para comprender y observar la incidencia de la desesperanza en su relación con el maltrato infantil.

Así mismo, la relación directa entre el maltrato infantil e institucionalización, se aborda de manera paralela ya que la principal institución a donde es canalizada este tipo de población es el Sistema Nacional del Desarrollo Integral para la Familia (SNDIF); debido a que los menores albergados dentro de estas estancias refiere uno o varios tipos de maltrato.

CAPÍTULO 2. INSTITUCIONALIZACIÓN

El común denominador de niños que viven en una institución es el de estar privados de ambiente familiar, el grado de desprotección está dado en múltiples variables. El riesgo de vida para un niño abandonado no deja lugar a dudas la necesidad de intervenir, pero existe dificultad para determinar cuando la separación del niño de su familia es una medida de protección adecuada o serán mayores los efectos negativos. En el trabajo inicial debe tomarse en cuenta al menor en su contexto, ya que no es el niño el problema, sino la víctima de una situación problemática por tanto se le separa del problema, pero no se resuelve. En este sentido, debe tratarse de remediarse el problema dentro del propio contexto del niño contemplando la medida de la institucionalización como transitoria y provisional, tratando siempre de que la permanencia del menor en el centro sea el menor tiempo posible (Ferrandis, García, Lobo, et al., 1993).

Existen múltiples definiciones de institución, y se entiende como una organización de carácter público o semipúblico, supone un establecimiento público, destinado a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado (Bleguer, 1975). Los centros de menores, son una institución con un grupo humano que se organiza en torno a un objetivo, bajo unas normas y una organización, dotado de un equipo multiprofesional especializado en prestar cuidados a los niños desde todos los niveles necesarios para favorecer un desarrollo físico, psíquico y social y ofrecer con calidad y calidez a niños y adolescentes entre 6 y 19 años de edad, sujetas de asistencia social, la protección física, mental y social que requieran para garantizar su rehabilitación, seguridad y subsistencia, brindándoles las oportunidades para su formación y desarrollo integral a fin de propiciar su incorporación a una vida plena y productiva, así como realizar investigación en asistencia social para la atención de niñas y adolescentes vulnerables institucionalizadas y aplicar programas de enseñanza en esta materia, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Actualmente se pretende que las características de las instituciones sean las siguientes: ingresos para casos estrictamente necesarios; que sea de carácter abierto con criterio normalizador, a los servicios comunitarios a los que los niños asisten como un ciudadano más (escuelas y centros de salud), profesionalización del personal a cargo de los niños bajo el programa de trabajo de la institución. Una institución es siempre un medio artificial en donde los adultos a cargo de los niños lo hacen en unas condiciones muy particulares. Por tanto el cuidado y la atención a estos niños es meramente un trabajo, y como tal no responde a ningún vínculo familiar o afectivo.

En México el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), es el organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión plena a las políticas públicas en el ámbito de la Asistencia Social.

El 15 de julio de 1968 es creado también por decreto Presidencial, la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) orientando a la atención de niñas y niños huérfanos abandonados, desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades.

Fue entonces que en 1977 se crea por decreto presidencial el Sistema Nacional DIF a partir de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI), con la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), considerando que ambos tenían objetivos y programas comunes que debían cumplirse a través de un solo organismo, el cual coordinara los programas gubernamentales y en general las acciones a favor del bienestar de las familias mexicanas.

Como parte de ese proceso de modernización administrativa el SNDIF se consolida como la Institución del Gobierno Federal, responsable de la creación, el desarrollo y la puesta en marcha de acciones y programas para atender a la población vulnerable, en especial las niñas y los niños a través de programas preventivos y de desarrollo, así mismo, es responsable de elaborar las políticas públicas en materia de asistencia social.

2.1. Motivos de Ingreso

Existen tres situaciones de desamparo por las que un menor debe ser objeto de diferentes formas de protección, entre ellas la separación familiar y el necesario ingreso a un centro que se las brinde:

1. Situaciones derivadas del imposible ejercicio de los deberes de protección:
 - a) Orfandad
 - b) Prisión de ambos padres
 - c) Enfermedad incapacitante de los padres
2. Situaciones derivadas del incumplimiento de los deberes de protección:
 - a. Falta de reconocimiento del niño de la paternidad o maternidad de un adulto
 - b. Abandono total del niño y desentendimiento completo de su compañía y cuidado.
3. Situaciones derivadas del inadecuado cumplimiento de los deberes de protección:
 - a. Maltrato físico o emocional
 - b. Abandono físico o emocional
 - c. Abuso sexual

2.1.1. Motivos de Ingreso a Casas para Menores dependientes del SNDIF

- Niños y niñas 6 a 18 años de edad en estado de vulnerabilidad.
- En estado de orfandad parcial o total.
- Víctimas de rechazo, abandono y/o maltrato.

- Violencia familiar
- Padres o tutores enfermos o privados de la libertad.
- Provenientes de la comunidad (por iniciativa familiar) y por instituciones de Asistencia Pública y Privada.

Perfil de Ingreso

Las características que se requieren para el ingreso a las Casas Hogar para Menores, son:

- Contar entre seis y 12 años de edad para su ingreso
- Sanos física y mentalmente dentro de los estándares para su edad
- Sin discapacidad que impida su desarrollo y vida en comunidad
- Con alteraciones en el desarrollo reversibles y con respuesta positiva a la atención otorgada en el Centro Nacional.
- Menor que no presente vida sexual activa
- Menor que no tenga experiencia de calle
- Menores que no tengan antecedente y/o adicción activa

Una vez detectada la situación de desamparo, existen dos alternativas, la primera, separación definitiva del medio familiar y segunda la separación provisional, que debería ser siempre una decisión fundamentada, en la que prevalezca el interés del niño y tomada después de haber agotada otras vías de intervención dentro de la familia.

2.2. Características Generales de los Niños Institucionalizados

Existe una serie de características de los menores institucionalizados, sin que por ello se deduzca una población homogénea, en términos generales existen tres factores que condicionan el perfil psicológico de estos niños (Machón, Mejias y Mas, 1993):

- a) Factores determinados de su pertenencia a un medio familiar muy específico. Las características familiares más frecuentes son:
 - a. Bajo nivel cultural.
 - b. Periodos intermitentes de desempleo y/o falta de recursos económicos
 - c. Actividades de tipo marginal
 - d. Falta de vivienda o vivienda inadecuada
 - e. Algún padre con enfermedad física o mental.
 - f. Padres con alcoholismo o abuso de drogas
 - g. Negligencia de cuidados físicos o psicológicos
 - h. Violencia intrafamiliar
- b) Factores derivados de la propia personalidad del niño. En general estos niños tienen un potencial intelectual normal pero su rendimiento escolar se ve interferido por problemas emocionales. Los acontecimientos vividos y los vínculos distorsionados o rotos con sus padres tienden a crear un síndrome de abandono,

caracterizado por reacciones emocionales impulsivas y oscilación entre el desapego y las dependencias afectivas. Los más pequeños presentan frecuentemente retraso de desarrollo, alteraciones del sueño, enuresis, desmotivación expresada en forma de aburrimiento y conducta pasivo-agresiva. Los mayores presentan baja autoestima y frecuentemente manifiestan sus conflictos en forma de conducta antisocial: ausentismo escolar, fugas, hurtos, consumo de alcohol y/o drogas.

Finalmente, son niños con carencias de necesidades básicas, por tanto la institución debe garantizar y proteger: necesidades afectivas, psicosociales y sanitarias. Dentro de las Casas Hogar para menores en México (dependientes del SNDIF), tienen como misión atender a niños y adolescentes entre 6 y 18 años de edad en sus necesidades biopsicosociales, las 24 horas del día, los 365 días del año, con la aplicación de programas específicos para recuperar la estabilidad emocional, social, cognitiva y física; para favorecer su desarrollo y lograr una mejor calidad de vida y llevar a cabo programas de enseñanza, capacitación e investigación. Así como brindar servicios de atención tales como: atención médica, social, psicológica, formativa, pedagógica y jurídica. Según Goffman (1972), las instituciones tienen un reclutamiento voluntario, semivoluntario o involuntario.

2.2.1. Inducción

El proceso mediante el cual el menor es ubicado dentro de las Casas Hogar para Menores, es relevante dado que es el primer encuentro del niño y la institución.

Como ya se ha mencionado los niños han sufrido múltiples pérdidas, y su ingreso a la Casa Hogar es auto percibida como una pérdida más, por ello esta etapa se realiza con un enfoque biopsicosocial. Desde el punto de vista biológico se lleva a cabo una revisión médica integral y se inician los tratamientos necesarios. Desde el punto de vista psicológico se da una bienvenida cálida y afectuosa al menor, se le apoya para el manejo de la separación con su familia y se genera un ambiente de aceptación y confianza. En cuanto al aspecto social se le integra al grupo con el que convivirá, se le involucra en las actividades de la vida diaria y se le dan a conocer las normas y reglamentos.

Contrario a lo recomendable, existen aspectos dentro de la institución que impiden la integración y adaptación de los niños al sistema. En el ambiente institucional existen condiciones de privación, y escasez de provisiones. Los niños deben someterse a los horarios establecidos por la institución. Estos no tienen la posibilidad de establecer relaciones con cuidadores consistentes. Los niños pequeños en general son inquietos, no expresan emociones y son menos activos que otros niños de su edad, son relativamente complacientes y cooperativos, pero en ocasiones se vuelven agresivos debido a que nadie les ha enseñado a regular sus respuestas, a tomar turnos, o a pedir ayuda o cuidado.

Los niños institucionalizados de mayor edad, poseen otras experiencias que interfieren en su adaptación como el hecho de carecer de privacidad durante su estancia dentro de la

institución, vivir en un ambiente muy rígido e inflexible respecto al horario (comida, juego, sueño y escuela). En algunas instituciones el juego y la educación son casi inexistentes, la privacidad es un concepto totalmente extraño, las propiedades personales casi no se conocen. La distribución de la comida es limitada y utilizada como medio de control. Los niños mayores frecuentemente se encuentran en una mayor jerarquía respecto a los más pequeños, dicha condición les permite imponerse y hacer que sus quehaceres los realicen los más pequeños, este patrón es rápidamente aprendido por estos niños y de esta manera aprenden rápidamente a valerse por sí mismos y a defenderse en cualquier momento.

Por lo anterior, la institución debe ofrecer a cada niño, para su adecuado desarrollo: un marco de vida organizado, con estabilidad de las personas que los cuidan para que los niños logren construir relaciones afectivas y significativas y conseguir una conducta de apego, ya que estos niños tienen detrás de sí en muchos casos, rupturas, separaciones repetidas y fragilidad en sus primeros vínculos.

El niño también necesita un espacio físico estable, propio y adaptado a su edad y necesidades, en donde se les ofrezca actividades lúdicas y placenteras fundamentalmente de interacción con los adultos.

Se debe procurar el respeto a la historia familiar de los menores y la posibilidad de contactar con ella, es decir, en los casos posibles el niño debe recibir visitas de su familia biológica, con la función de mantener la relación y posibilitar a corto o mediano plazo la reinserción familiar.

A pesar de la gran sobrecarga emocional y de los sentimientos contradictorios que la mayoría de las veces esto conlleva, la visita materializa una relación y mantiene al niño en lugar de la separación, y no en el de la pérdida, permitiéndole conservar sus orígenes, su historia, y la ilusión (a veces fundamentada de recuperar la convivencia familiar).

Las visitas y contactos familiares deben formar parte del plan integral de intervención con el niño, por los siguientes motivos:

- Dar seguridad al niño, disminuyendo el sentimiento de abandono
- Observar el grado de implicación de los padres
- Hacer que los padres formen parte de la intervención, a medida que en sus visitas posibiliten habilidades básicas de interacción y comunicación con sus hijos
- Disminuir en los niños fantasías inadecuadas hacia sus familias y dar sentido de realidad
- Documentar las decisiones tanto de reunificación familiar como de separación definitiva
- Favorecer la elaboración del duelo permitiendo que exprese sus sentimientos.

La institución también debe ofrecer una alternativa de vida normalizada, tarde o temprano, los niños tienen que salir de la institución. La alternativa de vuelta a la familia biológica es la deseable, pero no siempre posible, planteándose entonces un acogimiento familiar o adopción. El desinternamiento suele ser un momento de conflicto psíquico del niño, produciendo diversos efectos dependiendo de la edad, los vínculos afectivos previos y la gravedad de las situaciones vividas.

Los niños, en general frente a este hecho suelen presentar ansiedad ante el cambio y lo desconocido, temor a un nuevo abandono, miedo a perder lo que tienen, a la vez de que desean ser “niños normales” y vivir en un lugar seguro donde sean queridos y valorados de ahí la importancia de preparar a estos niños para su nueva situación. En el caso de los niños mayores en donde la reinserción familiar sea inviable, prepararlos para vivir con autosuficiencia económica, social, psicológica y moral al momento de su egreso.

Dentro de las Casas Hogar para Menores del SNDIF, el egreso es el proceso mediante el cual se prepara al menor para su separación de la institución, reafirmando en él los hábitos, valores y conocimientos adquiridos, durante su estancia en la institución con el objetivo de lograr personas seguras, con autoestima y autosuficiencia, individuos creativos, responsables con capacidad de goce y trabajo.

2.3. Consecuencias de la Institucionalización en la Conducta

Investigaciones sobre los efectos del ingreso temprano en instituciones, coinciden en señalar que los niños que habían sufrido la experiencia de privación habían perdido la capacidad para establecer relaciones íntimas y duraderas (Jansson, Romine, Hannon y Tepper, 1995).

Los estudios de Goldfarb (1946) acerca de niños adoptados provenientes de orfanatorios revelan que estos niños sufren de efectos de privación a largo plazo y ausencia de estimulación apropiada, lo cual se manifiesta en afecto indiscriminado, demandas o conductas extremas para llamar la atención, escasa relación social con pares, conductas de tipo autista, hiperactividad, agresión (incluyendo actos de crueldad), berrinches, escaso pensamiento de causa-efecto, ausencia del concepto de tiempo, pasado o futuro, etc.

Bowlby (1989) realizó estudios respecto a la importancia del desarrollo de la relación entre un infante y la persona con la que interactúa más frecuentemente, a la cual llamó apego. El apego surge del sentimiento de seguridad emocional en el bebé, quien recuerda al cuidador como una base segura para poder explorar su entorno. La reciprocidad y sensibilidad del cuidador hacia el bebé marcan el vínculo entre ellos y así se forma el apego. Un niño con apego seguro se vincula con el cuidador, es libre de explorar su medio y aprender nuevas cosas. Provence y Lipton (1996, citadas en Aviña y Rodríguez, 2001), refieren que la privación en la infancia hace que los niños presenten dificultades de interacción debido a que nadie les ha dado consistentemente la estimulación sensorial apropiada, reforzamiento contingente y rápido alivio al estrés. La experiencia

inconsistente con múltiples cuidadores obstaculiza el reconocimiento de los niños provocando la ausencia de un apego seguro. Provence y Lipton encontraron que, en las áreas de desarrollo socio-emocional, los niños institucionalizados muestran dificultades para controlar impulsos, poca habilidad para posponer la gratificación, mínima persistencia en la solución de problemas, baja tolerancia a la frustración, poca habilidad para generalizar información aprendida, y para construir un pensamiento original y creativo.

Niños con alteraciones en el apego tienen dificultades al socializar y muestran ambivalencia, reflejándose en evasión o demanda de afecto indiscriminada al iniciar relaciones sociales con otras personas (Jansson et al, 1995).

Se ha observado que ante una privación severa en las instituciones, los niños presentan retrasos en su desarrollo motor, del lenguaje, incapacidad para establecer comunicación verbal y contacto visual, desórdenes de alimentación, desórdenes del sueño, hipersensibilidad al ruido y al tacto, y ciertos comportamientos repetitivos no funcionales, susceptibilidad a infecciones. Además, los niños que han sido objeto de abuso o negligencia, presentarán algún grado de desorden de estrés postraumático, y cualquier niño que ha sufrido pérdidas o separaciones presentarán algún grado de depresión (Jansson, et al, 1995).

Las consecuencias de la institucionalización en el niño dependen de diversos factores, como su edad, la duración del conflicto afectivo, el nivel económico y cultural de la familia, la relación con la madre, sus características psíquicas y el temperamento.

El crecimiento se verá siempre afectado, suele haber un retraso en la estatura aunque la talla se afecta menos y más tardíamente que el peso. Estudios realizados muestran que en la mayoría de los casos los niños presentan una talla uno o más años por debajo de su edad cronológica, aunque pueden observarse todos los grados de retraso. Un aspecto característico del retraso de talla es su recuperación una vez que desaparecen las condiciones adversas, lo cual va a depender de la edad del niño de menor edad, sobre todo si existe una falta de aportes nutricionales. El peso sufre un retraso significativo ofreciendo igualmente grados muy variables (Díaz Huertas, 1997).

Los niños que viven en instituciones presentan un retraso del desarrollo intelectual en comparación con los niños de ambientes familiares adecuados, aunque no se observan signos de deficiencia neurológica.

Desde el nacimiento hasta la edad preescolar. En los niños institucionalizados antes de los dos años de edad la disminución del cociente de desarrollo se manifiesta sobre todo en el aspecto motor, debido a que el niño permanece en la cuna la mayor parte del tiempo. Por otro lado, Buhler (1996), constato que la carencia del entorno afecta más a la adquisición del lenguaje.

De los 4 años hasta la adolescencia, la carencia afectiva prolongada y continua retrasa progresivamente el desarrollo intelectual, afectando seriamente al lenguaje, las relaciones sociales y la función de abstracción. El niño que tiene un déficit debido a una experiencia de privación afectiva es menos capaz de aprovechar evolutivamente una novedosa estimulación ambiental.

CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN

La depresión ha sido un área de atención e investigación que se ha ido incrementando, hasta llegar a ser una de las áreas de mayor atención dentro de la clínica infantil. Actualmente es un hecho aceptado que la depresión infantil es un trastorno que puede llevar incluso al suicidio y que se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como el área cognitiva y la conductual en donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica.

3.1. Historia

Polaino 1988, señala que no existen delimitaciones precisas, ni cronológica, ni conceptualmente a cerca de la depresión infantil, no obstante distingue cuatro etapas en la evolución del estudio de esta.

1. Un período inicial en el que se hacía sólo referencia a la melancolía en el caso de los adultos y se hacía una breve alusión a la infancia. El texto más representativo es la Anatomía de la melancolía, de Robert Burton en 1621.
2. En el siglo XIX da inicio la aparición de textos de psiquiatría infantil, aparecen referencias muy numerosas acerca del suicidio infantil, relacionándolo con la depresión.
3. El tercer período comprende, la primera mitad del siglo xx. Aquí el término depresión comienza aparecer y empieza a tomar interés en el campo de la psicología y la pedagogía. El psicoanálisis hace aportaciones al tema.
4. En el cuarto período las depresiones infantiles son un tema de interés e investigación en la psiquiatría y se hacen análisis muy detallados de aspectos concretos de la enfermedad depresiva, tales como epidemiología, técnicas de diagnóstico e intervención terapéutica. Lo cual ha llevado a modificaciones constantes.

A continuación se hará una revisión ya sea del término depresión infantil o con el de melancolía.

El Compendio de Psiquiatría Infantil de Augusto Vidal Perera, (Barcelona, 1907), dedica unos párrafos a la melancolía, plantea una visión global de la enfermedad, haciendo referencias concretas a la sintomatología del niño melancólico y apunta a una orientación terapéutico-pedagógica. De forma paralela la revista del sanatorio San Baudillo publica un caso de *depresión melancólica* delirante en un niño de diez años y otro de *psicosis circular* en una niña de doce años.

En 1913 Lafora describe un caso de *Locura maniaco-depresiva e hipertiroidismo*, así mismo hace un tratado de Los Niños Mentalmente Anormales y en el habla de niños

“depresivos o deprimidos” con ideas suicidas. En esta época comienza a sustituirse el término melancolía por depresión.

La Segunda Guerra Mundial, constituye un período en el que se produce una considerable literatura al respecto. Gaupp(1932) escribe *“no suelen molestarse en buscar una explicación psicológica a las distimias que sufren los niños, hasta entonces alegres y sanos, y lo atribuyen a causas exógenas de diversa índole, cuando en realidad se trata de una depresión afectiva psíquica (distimia), de naturaleza Patológica”*.

Erich Stern, refiere: *“Los niños deprimidos no pueden reír, y un niño que no ríe, ni puede alborotarse ni enfadarse, es un niño enfermo(...) los muchachos deprimidos son tímidos, huraños, huyen a la compañía de los demás, no juegan, no tienen confianza en sí mismos..., lo que puede llevarles incluso al suicidio”*. A lo que añade: *“con frecuencia hallamos el tedio de la vida en las depresiones manifiestas”*.

Como es evidente desde hace mucho tiempo se cuenta con descripciones de síntomas de tristeza, o de otras reacciones ocasionadas por el maltrato, o la pérdida de algún familiar, en niños pre-puberales. El término “depresión” ha estado de alguna manera presente, no obstante pasaron muchos años antes de ser aceptado como entidad nosológica.

El psicoanálisis consideró que un niño no posee la madurez intrapsíquica suficiente para experimentar una depresión melancólica. Ya que el Súper-yo no estaría estructurado antes de la adolescencia y, por tanto, no existe la posibilidad de elaborar un síndrome depresivo antes de esta etapa.

Spitz (1965) describe la Depresión anaclítica, basándose en un estudio con niños entre los 6 y 8 meses de edad, que después de haber establecido una relación normal con sus madres sufrieron una total ruptura de la misma. Distinguiendo las siguientes fases:

- a) Período reactivo. De aproximadamente tres meses de duración, está caracterizado por astenia, irritabilidad, excesiva dependencia del medio, angustia, dificultades alimentarias, alteraciones de sueño, y reacciones de oposición.
- b) Período depresivo: Se caracteriza por disminución de la movilidad, pobreza expresiva y gestual, inercia psicomotriz, aislamiento, astenia, hostilidad, pérdida de peso, crisis de llanto, etc. La salud del niño en este período todavía puede recuperarse si se le restituye a la madre o si una mujer hace las veces de aquella.
- c) Período de hospitalismo: Acontece cuando han transcurrido cinco meses continuos de privación materna y se caracteriza por pasividad, inercia, aislamiento, desapego, hermetismo, retraso psicomotor y un importante déficit intelectual y lingüístico que configuran un retraso global de todas las funciones.

Bowlby (1980) estudió también el proceso de separación materno-infantil, describiendo las tres fases siguientes:

- a) Fase asténica y reactiva: Está caracterizada por ansiedad, gritos, dificultades para dormir, terrores nocturnos, reacciones de oposición, regresión en su comportamiento alimentario, etc.
- b) Fase Depresiva: Se caracteriza por la disminución de la movilidad y plasticidad psicomotriz, indiferencia ante estímulos, limitación de la vida a solo automatismos, pérdida de iniciativa.
- c) Fase autodestructiva: se centra sólo en sus necesidades primarias, hay apatía, indiferencia, en esta fase la restitución de la madre no logra hacer reversible el cuadro clínico.

En los sesenta surgió el concepto de “*depresión enmascarada*”, en la que se aceptaba la depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad. A partir de entonces, se empezó a aceptar abiertamente la depresión infantil; así, en 1971, la Unión Europea de Paidopsiquiatras, en el IV Congreso de Paidopsiquiatría de Estocolmo, eligió como tema monográfico “Los estados depresivos en el niño y el adolescente” (Jiménez, 1995).

La polémica sobre la existencia de la depresión infantil se concluyó con el enfrentamiento entre Costello, defensor de la existencia de la depresión infantil, y Lefkowitz y Burton, que la negaban (ibidem). Estos últimos aludían que los síntomas aparecen con elevada frecuencia en los niños y desaparecen conforme van creciendo. Por tanto, algo que está tan extendido no puede ser considerado psicopatológico y si además es algo transitorio no necesita de intervención terapéutica; la respuesta de Costello se asentó en la distinción hecha entre síntoma y síndrome: la depresión es un síndrome y no unos cuantos síntomas, por su parte Lefkowitz y Burton estudiaron como síntomas más relevantes de la depresión en los niños, los llantos y la falta de apetito, a lo que Costello replicó que éstos no son precisamente los síntomas más representativos del síndrome. Para profundizar en este concepto, es pertinente revisar y precisar las definiciones de síntoma, síndrome y trastorno.

3.2. Definición de Depresión

Síntoma depresivo. La palabra depresión, cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio (Cantwell, y Carlson, 1987), no implica que exista ninguna enfermedad puede ir desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, experiencia de tristeza, la pérdida de interés o de placer, falta de capacidad de respuesta en condiciones similares, que se utilizan para describir un estado de ánimo disfórico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo.

Síndrome depresivo. Se refiere a un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve síntomas primarios (DSM I, 1995)

junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas (Cantwell, D. y Carlson, G., 1987).

Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, incluyen trastornos vegetativos y psicomotores, cognitivos y motivacionales. Un síndrome depresivo puede ocurrir como un problema concomitante a trastornos médicos o psicológicos, como ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo y trastornos de conducta o tener lugar como consecuencia de ciertos tipos de estrés vital; por ejemplo, la pérdida de un ser querido.

Trastorno depresivo. El uso de depresión para designar un trastorno no sólo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como en el rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos.

3.2.1. Trastornos del Estado de Ánimo: Depresivos

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

El término humor indica un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida del individuo. Los síndromes se caracterizan por humor elevado o deprimido de manera patológica, y deben considerarse existentes en continuidad con el humor normal. El diagnóstico de trastorno afectivo es apropiado cuando la alteración del humor es "primaria" y central con respecto a la enfermedad, y no secundaria a algún otro estado físico o psicológico. En el último caso el diagnóstico sería incompleto si no se hiciera referencia a la causa precipitante. Cuando un trastorno del humor, que ocurre después de un acontecimiento de la vida productor de estrés, es leve y no satisface los criterios de cualquiera de los trastornos afectivos, convendrá establecer el diagnóstico de trastorno de la adaptación con humor deprimido.

De acuerdo con el DSM-IV los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

El DSM-IV (1994) da las siguientes especificaciones acerca de los trastornos del estado de ánimo:

- 1) El trastorno depresivo mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo; al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión)
- 2) El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días en estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado con otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor.
- 3) El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los síntomas con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso o depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- 4) El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- 5) El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.
- 6) El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- 7) El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).
- 8) El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de un enfermedad médica.
- 9) El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- 10) El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (por ejemplo: una agitación aguda).

Así mismo, los trastornos depresivos pueden caer dentro de la categoría de depresión mayor o de distimia.

a) Depresión mayor. Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor se debe tener conocimiento de la existencia de uno o más episodios depresivos mayores sin una historia previa de episodios maníacos. Dentro de los trastornos depresivos se pueden hacer los siguientes diagnósticos:

- Depresión mayor episodio único.
- Depresión mayor recurrente.

b) Distimia o neurosis depresiva. Es una alteración crónica del estado de ánimo (deprimido) que se presenta la mayor parte del tiempo y que ha durado un año como mínimo (para niños y adolescentes). A este trastorno se le puede sobreponer depresiones mayores en cuyo caso se hacen ambos diagnósticos. En el cuadro 1 se presenta un comparativo de la sintomatología de la depresión mayor y de la distimia.

Es importante indicar si la depresión es crónica (cuando el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin remisiones) o si es del tipo melancólico. Para diagnosticar la depresión de tipo melancólico se debe registrar la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas:

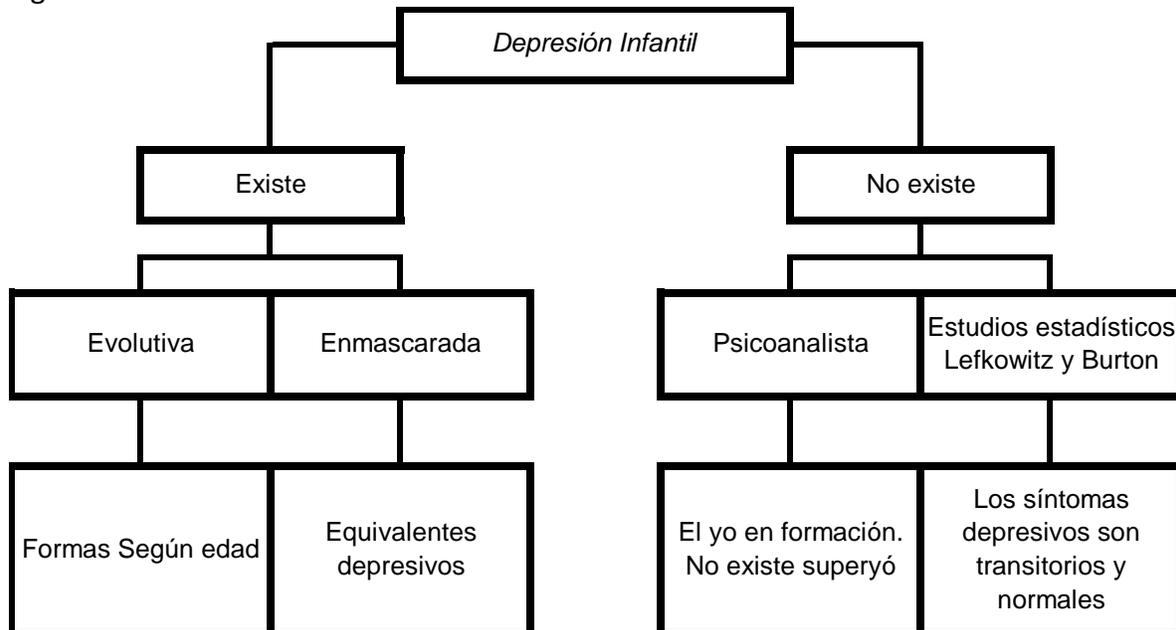
1. Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
2. Falta de responsividad ante estímulos que usualmente son placenteros.
3. La depresión es peor por las mañanas.
4. Insomnio matutino; despertar por lo menos dos horas antes de lo habitual.
5. Agitación o retardo psicomotor observable.
6. Pérdida de peso importante o anorexia.
7. No hay antecedentes de disturbios de personalidad antes del episodio depresivo mayor.
8. Antecedentes de uno o más episodios depresivos mayores que han tenido una remisión total o casi total.
9. Respuesta positiva al tratamiento con medicamentos antidepresivos o litio.

Cuadro1. Comparación del síndrome mayor y de la distimia	
<p>Depresión mayor</p> <p>Uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniáticos.</p> <p><i>Episodio:</i> los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa que dura la mayor parte del día durante dos semanas como mínimo.</p> <p>Estado de ánimo deprimido o irritable.</p> <p>Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.</p> <p>Llanto, ansiedad e irritabilidad.</p> <p>Alteración en apetito, cambio de peso.</p> <p>Alteraciones en el sueño.</p> <p>Agitación o lentitud psicomotora, falta de energía.</p> <p>Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.</p> <p>Proporciones delirantes.</p> <p>Dificultad de concentración.</p> <p>Ideas de muerte recurrentes e intentos de suicidio.</p> <p>Alucinaciones y/o ideas delirantes pueden estar presentes. Las alucinaciones por lo general son transitorias y poco elaboradas y por lo general concuerdan con el estado de ánimo.</p> <p>Puede ser de tipo primario o secundario. Cuando aparece como consecuencia de enfermedad física crónica o por dependencia de sustancias la depresión será de tipo secundaria.</p> <p>Por lo general inicia después de los 20 años (aunque puede ser a cualquier edad).</p> <p>En niños pequeños son habituales los trastornos de ansiedad y las fobias. En niños mayores las quejas somáticas, agitación psicomotora y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo.</p> <p>En adolescentes puede aparecer una conducta negativista o antisocial y abuso de alcohol o sustancias, inquietud, mal humor y agresividad.</p> <p>Siempre hay un deterioro severo en la actividad social o académica.</p>	<p>Distimia (neurosis depresiva)</p> <p>Alteración crónica del estado de ánimo (deprimido o irritable), que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo del año como mínimo</p> <p>Si</p> <p>No siempre o no tan acusado</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Fatiga y falta de energía</p> <p>Disminución de la autoestima</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>Son menos frecuentes</p> <p>No se presentan ideas delirantes ni alucinaciones.</p> <p>Puede ser de tipo primario o secundario. Frecuentemente aparece como consecuencia de un trastorno crónico preexistente en eje I o III (artritis, anorexia) en cuyo caso se trataría de una depresión de tipo secundario.</p> <p>Generalmente inicia en la infancia o la adolescencia. Si inicia antes de los 21 años, la distimia es "inicio precoz"; si aparece después será "inicio tardío".</p> <p>Los síntomas por edad son similares que en la depresión mayor, pero nunca se presenta con alucinaciones.</p> <p>Todos estos síntomas también son comunes en adolescentes distímicos.</p> <p>El deterioro social y académico suele ser leve o moderado: más por la cronicidad de los síntomas que por la gravedad del síndrome.</p>

3.3. Diferentes Conceptualizaciones de la Depresión Infantil

En los últimos años la concepción de la depresión infantil contemplada desde una perspectiva evolutiva ha cobrado vigencia; se acepta que hay características similares entre niños y adultos, pero a la vez también ciertas diferencias propias para cada momento del desarrollo (Jiménez, 1995).

Figura 2



3.3.1. La Depresión en la Niñez No Existe

Esta primera perspectiva fue tomada por el psicoanálisis clásico en el que se consideraba que el niño no tiene la madurez intrapsíquica para experimentar una depresión. En este modelo se propone que por razones estructurales este trastorno no puede aparecer en la niñez; ya que la depresión es un fenómeno del superyó que incluye agresión que se vuelca sobre el yo. El conflicto en el superyó es el que provoca los sentimientos de culpa, síntomas centrales de la depresión. Ya que el superyó del niño no está completamente desarrollado, la depresión no puede existir (Weller y Weller, en Lewis, 1991).

La teoría psicoanalítica, con las aportaciones de Klein (1935, 1948), Bowlby (1976, 1980) y Spitz (1965), reconoció no solo que la depresión es un estado afectivo que se presenta como un aspecto normal del desarrollo desde el primer año de vida, sino que también puede adquirir un carácter psicopatológico y llevar al niño incluso a la muerte (Spitz, 1965). Se puntualizó con estas aportaciones que la depresión infantil se presenta en

ocasiones de pérdidas, separaciones o de una relación tóxica con la madre y que sus manifestaciones dependerán del desarrollo intrapsíquico del niño.

Jiménez (1995) explica que lo fundamental, es dilucidar la manera en que las limitaciones cognitivas y afectivas propias de cada periodo de la infancia modifican la vivencia y la expresión de las emociones en general. Ya que todo afecto requiere la presencia de estructuras cognitivas inconscientes que se desarrollan a lo largo de la infancia. De modo que para llegar a una noción cabal de las vicisitudes de la depresión, conviene otorgar prioridad al desarrollo yóico y a no la evolución del superyó.

En una línea muy diferente a la psicoanalítica, en 1976, Lefkowitz y Burton (en Matson, 1989), tomando una perspectiva estadística del concepto de normalidad, propusieron tres puntos para afirmar que la depresión no existe en la niñez:

- Como las condiciones “depresivas” son muy comunes entre los niños normales, entonces las manifestaciones clínicas no son atípicas estadísticamente ni psicopatológicas; por tanto, el síndrome no existe.
- Las características principales del síndrome son un fenómeno transitorio de desarrollo que desaparece con el tiempo; por tanto, no se puede decir que sea algo psicopatológico.
- El tratamiento no es necesario, ya que los síntomas se remiten espontáneamente.

No obstante se ha comprobado que la duración de los síntomas depresivos es mayor a la que se pensaba y que éstos tienden a reaparecer; además, los niños que presentaron síntomas depresivos tienen una mayor predisposición a desarrollar en la adultez otros trastornos psiquiátricos asociados a la depresión.

3.3.2. Depresión Enmascarada

Algunos autores, como Glaser en 1968 y Malmquist en 1977, propusieron que la depresión existe en los niños pero como una entidad patológica interna inobservable que adopta manifestaciones externas diferentes a las de los adultos; es decir, que la depresión está encubierta o “enmascarada”. Los síntomas “enmascarados” más comúnmente citados son:

- Hiperactividad
- Desobediencia
- Somatización
- Enuresis
- Delincuencia
- Irritabilidad
- Berrinches
- Fobias
- Jugar con fuego
- Dificultades escolares

López-Ibor Aliño (1982) sostiene que las depresiones infantiles pueden enmascararse en forma de trastornos somáticos (equivalentes depresivos), trastornos psíquicos y alteraciones de conducta. El clasifica la sintomatología de las depresiones enmascaradas por edades.

Cuadro 2. Sintomatología de Depresión Enmascarada por edad		
Edad	Síntomas psíquicos	Síntomas vegetativos
5-10 años	Apatía Desinterés por el juego Aislamiento Agitación Hipersensibilidad Inseguridad Agresividad Irritabilidad Aburrimiento Dificultad de Concentración Rabietas Dificultades Escolares Fobia Escolar Legastenia Fugas Sentimientos de inferioridad Desesperanza Pensamientos Nihilistas Impulsos Suicidas Ideas obsesivas	Trastornos de sueño Terrores nocturnos Trastornos de apetito Crisis de llanto Encopresis Enuresis Dolores abdominales Astenia (matutina) Alopecia areata Eczema Ticas Alergia
Mayores de 10 años	Apatía Distimías Depresivas Sentimientos de vacío Sentimientos de culpa Sentimientos de inferioridad Sentimientos de despersonalización Pensamientos nihilistas Adicciones Fugas Conducta delictiva Predisposición a los accidentes Fobias Obsesiones Hipocondría Neurastenia Pasos al acto sexual	Trastornos de sueño Trastornos de apetito Anorexia nerviosa Síndrome de Klein-Levine Dolores abdominales Enuresis Astenia (matutina) Alopecia areata Cefaleas Asma Alergia

Por otra parte, Cytryn y Mcknew (1974) afirman que la “reacción de depresión enmascarada” es la forma más común de presentarse la depresión infantil. La principal crítica a esta postura es que cualquier síntoma es considerado como un posible indicador de depresión.

Estudios posteriores han permitido llegar a la conclusión de que la depresión no está enmascarada si se lleva a cabo una evaluación diagnóstica exhaustiva y minuciosa. Por ello, la función de un buen clínico es realizar una intervención diagnóstica adecuada que permita dilucidar si debajo de síntomas de enmascaramiento, se encuentran síntomas depresivos o si únicamente se trata de un problema conductual o incluso si ambos trastornos se encuentran presentes.

La depresión puede surgir en cualquier momento pero la sintomatología se dispersaría en función de la edad. Lo que pone de manifiesto esta alternativa es que los síntomas de la depresión pueden variar a través de los distintos estadios de desarrollo y por tanto no hay que confundir los síntomas que son comunes al desarrollo normal con aquellos que son específicos de un desorden depresivo.

En 1971, Niessen (en Jiménez, 1995) estableció una correspondencia entre las distintas edades y diferentes síntomas depresivos en diversas etapas evolutivas:

- *Edad preescolar.* Rechazo de juego, agitación, timidez, crisis de llanto, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse.
- *Edad escolar.* Irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, timidez, dificultades en el aprendizaje, enuresis o encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, crisis de llanto y gritos.
- *Adolescencia.* Rumiación, impulsos suicidas, abatimiento, sentimiento de inferioridad y cefaleas.

La investigación de Nissen también aporta diferencias sintomatológicas de acuerdo al sexo de los niños, concluyendo que los varones presentan cuadros agitados y las mujeres cuadros inhibidos.

Cuadro 3. Sintomatología Depresiva de acuerdo al sexo		
	Mujeres	Varones
Síntomas psíquicos	Inhibición Ansiedad Dificultades para contacto social	Dificultades para contacto social Ansiedad Dudas e inhibición

	Conformismo Buen comportamiento	Incapacidad para integrarse Agresividad
Síntomas somáticos	Mutismo Agresividad Crisis de llanto y gritos Enuresis Compulsión alimentaria	Agresividad Enuresis Llanto inmotivado Alteraciones del sueño Onicofagia

Además de considerar la inteligencia como otra variable, cuyo nivel se correlaciona con cierta sintomatología; es decir, cuando la inteligencia promedio es baja, aparecen síntomas de tipo inhibitorio (pobreza de afectos, poca concentración, dificultades para establecer contacto social, timidez, y sentimientos de inferioridad) y algunos síntomas psicósomáticos (llanto inmotivado, mutismo, ausencias escolares, encopresis y excesivas manipulaciones genitales).

En cambio cuando la inteligencia es alta, los síntomas somáticos de tipo psíquico que van de la agitación a la inhibición (irritabilidad, extrañeza, opresión e inquietud interior) y por un síntoma somático característico: la compulsión alimentaria. Y entre los síntomas que pueden ser considerados como indicadores de un mal pronóstico se encuentran la perplejidad, disforia, ensoñación, inhibición del aprendizaje, tentativas suicidas, tristeza vital, inquietud interior y mutismo.

3.3.3. La Depresión en la Niñez es Transitoria

Como las condiciones "depresivas" son muy comunes, entre los niños normales, entonces las manifestaciones clínicas no son atípicas estadísticamente ni psicopatológicas, por lo tanto el síndrome no existe.

Las características principales del síndrome son un fenómeno transitorio de desarrollo que desaparecen con el tiempo y que por lo tanto no son patológicas. Si los síntomas remiten espontáneamente el tratamiento no es necesario.

3.3.4. La Depresión en la Niñez es Paralela a la del Adulto

La depresión en los niños es un desorden no encubierto y similar al del adulto. En 1967, Beck (en Matson, 1989), señaló que las cuatro categorías de síntomas depresivos en los adultos se presentan en los niños; estas categorías comprenden:

- *Síntomas afectivos*. Disforia, cambio en el estado de ánimo, lloriqueo, apatía, sentimientos de soledad.
- *Síntomas cognitivos*. Baja autoestima, autodesprecio, culpa, indecisión, pesimismo.
- *Síntomas motivacionales*. Evitación, escape, pasividad, baja energía para socialización.
- *Síntomas vegetativos y psicomotores*. Problemas con el sueño, alimentación y quejas somáticas.

Además de estos síntomas pueden aparecer problemas asociados al periodo de desarrollo; por ejemplo, enuresis, encopresis, fobia escolar, bajo rendimiento académico y conducta antisocial o agresiva; pero siempre en conjunción con la sintomatología depresiva antes descrita.

El desorden es más frecuente entre los adolescentes que entre los niños; en niños prepuberales el trastorno aparece en la misma proporción en ambos sexos, pero en la adolescencia es más común entre mujeres (Mann, 2006).

3.4. Modelos Explicativos de la Depresión

3.4.1. Modelo Psicodinámico

En este artículo Freud comparó la melancolía con el fenómeno del duelo, señalando que en ambos hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo, sólo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autorreproches y a expectativas irracionales de castigo. El melancólico es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento, pues la pérdida es interna e inconsciente. Esta sensación interna de pérdida y lo inapropiado de los autorreproches, que por lo general tienen un contenido moral, se deben a una escisión del yo del individuo melancólico, en donde un sector yóico se opone al otro, lo enjuicia y lo contempla como un objeto externo (aquí se vislumbra ya el concepto naciente de superyó).

Freud explicó que en la infancia el melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista. Por el contrario,

esta libido se retrajo hacia el yo produciendo así una identificación entre un sector del yo y el objeto abandonado. Las pérdidas ulteriores reactivan la pérdida original y hacen que la furia del paciente se descargue en contra del objeto que infligió la decepción original, que ahora está fusionado con una parte del yo. En casos extremos, el sadismo conduce al paciente hacia el suicidio en su afán de destruir la imagen interna del objeto. En la manía, el yo ha dominado su rabia internalizada y arroja el problema hacia afuera.

Freud aclara que la melancolía es el resultado de un superyó que manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso; la agresión no se expresa hacia afuera, sino que se vuelca contra el propio sujeto. Con este modelo, el psicoanálisis propuso un modelo enteramente nuevo para explicar la depresión.

La depresión deriva de la disminución de la autoconfianza y de la vitalidad del Sí-mismo al no poder cumplir con las normas internas esenciales para el concepto que el paciente tiene de Sí-mismo. De este modo el paciente deprimido se siente inadecuado para enfrentar los desafíos y estrés cotidiano. Sin coherencia, las actividades mentales están fragmentadas y son ineficaces.

Se ha sugerido que la personalidad premórbida del paciente deprimido es perfeccionista e implica expectativas elevadas de Si mismo y de los demás. Sin embargo, esta idea se ha basado principalmente en el relato retrospectivo de los pacientes, probablemente influido por su estado actual. La baja autoestima es un síntoma de depresión, pero todavía no se ha demostrado que sea la causa. Por otra parte, las expectativas irreales y las percepciones de Sí mismo y de los demás han sido estudiadas en teorías cognitivas de la depresión (Whybrow y cols. 1984).

3.4.1.1. Las contribuciones de Abraham

En 1911, Abraham (en Arieti y Bemporad, 1993) publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. Que aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. En la depresión la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de llegar a la intimidad emocional; la importancia de este trabajo pionero radica en que se percibe la ambivalencia del depresivo y su incapacidad de amar verdaderamente a los demás, su excesiva preocupación por sí mismo y la manera en que utiliza la culpa para llamar la atención.

Según Arieti y Bemporad (1993), Abraham postuló que la depresión es una manifestación de la agresividad dirigida contra sí mismo en un paciente incapaz de expresar ira contra los seres queridos. Los ataques hacia el otro, que psicológicamente se ha convertido en parte del Sí mismo debilitan las capacidades adaptativas y produce una afectividad negativa. Apoya a esta hipótesis el hecho de que muchos pacientes deprimidos tienen problemas para expresar abiertamente ira, porque les falta autoconfianza o porque temen ser abandonados por una persona a quien aman o de la que dependen excesivamente. Sin

embargo, no se puede afirmar que la ira se convierta directamente en depresión, ya que numerosos pacientes deprimidos, en especial los niños son abiertamente irritables. Una explicación más probable es que la dependencia, la sensibilidad frente a la pérdida y la falta de asertividad hacen que las personas deprimidas oculten la ira, o incluso las diferencias de opinión con los demás, hasta que se convierten en algo intolerable (IBIDEM).

3.4.2. Modelo Estructural

Según Rado, este patrón de hostilidad, culpa y aflicción tiene su origen en la temprana infancia, cuando el niño aprendió que podría ser perdonado y recuperar el imprescindible amor de su madre exhibiendo una actitud de remordimiento. Si el depresivo no consigue recuperar el amor del objeto perdido, su melancolía avanza hacia una forma más maligna, en la cual el conflicto interpersonal es remplazado por una lucha intrapsíquica en la que se renuncia a los objetos externos y el yo busca el perdón del superyó, que ha tomado el lugar del objeto amado. De ahí que las autorecriminaciones del depresivo profundo deben ser entendidas como expresión de las esperanzas del yo de lograr el amor del superyó mediante la actitud de arrepentimiento. El depresivo desea expresar la intensa ira que siente hacia el objeto amado, pero su dependencia de éste le impide manifestar abiertamente su hostilidad. Dirige su rabia contra sí mismo, con la esperanza de recuperar el objeto amado. Así, para Rado, la depresión es una persistente pero ineficaz modalidad de reacción ante la pérdida del amor (Rado, citado en Arieti et al, 1993)).

3.4.3. Depresión y Psicología del Yo

Sandler y Hoffe (en Arieti y Bemporad, 1993) señalan que la depresión es un afecto básico que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. En la depresión se pierde la sensación de integridad narcisista y no un objeto específico. Conciben la depresión como la sensación de haber quedado privado de un estado ideal, que puede ser puesto en la pérdida de una relación con otra persona.

Malmquist, en 1985, explicó que la depresión en los niños es realmente un problema de autoestima que se origina en una relación poco empática con los padres en donde el niño continuamente se tiene que adaptar a lo que él cree que sus padres esperan y quieren de él ignorando sus verdaderas necesidades emocionales. La Psicología del yo, subraya la importancia del yo y de la autoestima en la depresión; sin embargo, la caída de la autoestima es un factor necesario pero no suficiente para explicar la depresión.

3.4.4. Teoría de las Relaciones Objetales

Klein (1935) se interesó en los primeros períodos de vida psíquica del niño y en el papel predominante de la ambivalencia y la ansiedad en el desarrollo. Postuló dos etapas básicas durante el primer año de vida a las que denominó posiciones. La primera posición esquizo-paranoide caracterizada por la escisión y parcialización de los objetos, en donde la agresión es proyectada para salvaguardar una sensación interna de bondad. De este modo el niño vivencia la ansiedad persecutoria, no obstante haber sido él mismo quien proyectó los malos objetos internos en el mundo externo.

La segunda etapa, llamada posición depresiva, surge durante el cuarto o quinto mes de vida, cuando el bebé ya puede percibir los objetos de forma total. El bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos, tanto externos como internos; de ahí que el principal temor que se experimenta se denominó ansiedad “depresiva”, es decir, el temor del bebé de haber sido él mismo el causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar. Durante esta fase, el niño puede mantenerse inhibido y deprimido debido al temor de que cualquier acción destruya a sus objetos buenos. La posición depresiva se resuelve cuando el niño puede reconocer que aunque sus acciones y deseos pueden haber causado la pérdida temporal de los objetos buenos, éstos pueden ser recuperados mediante la reparación. Según Klein (Idem), el factor que más predispone a la melancolía es la incapacidad del yo del niño de construir buenos objetos de amor. Este fracaso determina una permanente vivencia de maldad que queda incorporada en la imagen de sí mismo.

En la teoría de Klein (Ibidem), la depresión, es una etapa normal del desarrollo que implica una forma específica de ansiedad que el niño enfrentará con mecanismos defensivos normales o patológicos. Cabe subrayar que para Klein el conflicto depresivo no resuelto es la base etiológica a la mayor parte de los desordenes neuróticos.

3.4.5. Modelo de aprendizaje social

Los teóricos del aprendizaje social vinculan la depresión a patrones de reforzamiento social inadaptados. Lewinson en 1974 (en Matson, 1989), propone que la depresión está ocasionada por el siguiente paradigma: baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente, la baja tasa de respuestas ocasionada por una falta de habilidades sociales; deficiencia que provoca que haya poco reforzamiento del ambiente. Al mismo tiempo, el ambiente también contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por sus conductas depresivas verbales y no verbales.

A medida que el niño recibe menos reforzamiento social por conductas sociales apropiadas, aumenta la probabilidad de que se deprima aún más, pues su inadecuación conductual ocasionará problemas con la autoestima, sentimientos de inferioridad, etc. Así

se activa un círculo vicioso en el que a medida que la depresión aumenta, disminuyen las habilidades sociales, y con ello las probabilidades de reforzamiento.

3.5. Factores Predisponentes de la Depresión Infantil

Mann (2006) propone 10 factores predisponentes de la depresión:

1. Genéticos.
2. Biológicos.
3. Deficiencias de apego durante la infancia (abuso o maltrato).
4. Separación de figuras importantes.
5. Pérdidas de figuras importantes por muerte, divorcio o por nacimiento del hermano.
6. Enfermedades crónicas o malformaciones.
7. Padres depresivos.
8. Sobreprotección (no se puede probar así mismo).
9. Experiencias de devaluación y rechazo.
10. T.D.A-H, Trastornos de conducta, Retraso mental, o problemas de aprendizaje graves (más distímia).

3.5.1. Factor Familiar

En 1949 y 1954, Cohen y colaboradores (en Arieti y Bemporad, 1993) observaron que las familias de los pacientes maniaco-depresivos se retraían de la comunidad y utilizaban al hijo como instrumento para mejorar la posición social. Los hijos debían cumplir con pautas muy altas de buena conducta y ser exitosos no para estimular en ellos el sentido de realización y autoestima, sino para contrarrestar la sensación de inferioridad en la familia. De esta manera, los vástagos de estas familias crecen con la idea de que el amor está condicionado al buen comportamiento y al logro, lo que los desvaloriza como personas por derecho propio.

En la relación interpersonal, el niño desarrolla una actitud de excesiva sumisión con su madre o la persona que en ese momento sea más significativa en su vida.

En muchos casos se observa que el paciente creyó que podría recobrar el amor y la aprobación, no sólo sometándose, obedeciendo y trabajando, sino que, el objetivo es desempeñar una función importante que lo haga sentir digno del amor de los demás.

Para estos autores, los síntomas también se gestan durante la temprana infancia; explican que la madre disfruta de la relación con el hijo mientras éste es un bebé desvalido, pero le disgustan las actitudes de individuación e independencia que exhibe al acercarse a los dos años. Por lo general, se valen de amenazas de abandono para controlar el comportamiento. Cohen, en 1954 (Idem), comentó que una característica especial de los

depresivos es su capacidad para apreciar a las otras personas salvo en función de sus propias necesidades de dependencia. Es así como el individuo maniaco-depresivo carece de empatía y pone barreras al auténtico intercambio emocional, refrenan sus sentimientos por temor a ofender a la persona de quien depende y se muestra renuente a discutir sus problemas más profundos.

El planteamiento anterior sugiere que la depresión en los niños está asociada al control excesivo y al rechazo parental, principalmente a este último.

3.5.2. Factor Social

Furr y Funder (1998) demostró cómo la tristeza y la insatisfacción personal están relacionadas con el comportamiento, la percepción de uno mismo, la reputación social y la manera en como uno es tratado por los demás. Este estudio demostró también que la actitud negativa hacia uno mismo está muy asociada con las interacciones sociales no adaptativas, conductas que provocan respuestas negativas de otros y una reputación social negativa que deteriora el autoconcepto.

A menudo, dudar de uno mismo, remordimientos y sensación insuperable de ineficiencia culminan en alteración de las relaciones con amigos y familiares y en abandono del trabajo, acciones que tienen efectos comprensibles a largo plazo sobre el humor.

Este modelo tiene especial importancia en el caso de la depresión infantil dada la relevancia que últimamente se le viene dando a la calidad de apoyo social proveniente principalmente del grupo de pares. Se ha visto que hay una relación entre la depresión con factores como no tener amigos, ser rechazado, tener escaso o nula interacción con los compañeros, etc. También los factores relativos a la familia, abuso y maltrato físico y la psicopatología parental son aspectos muy ligados a la depresión infantil.

3.5.3. Factores de Vulnerabilidad y Eventos Traumáticos o Estresantes

Las personas deprimidas informan de más acontecimientos estresantes que los no deprimidos; sin embargo, el impacto que tengan los eventos traumáticos en la vida de una persona dependerá también de ciertos factores de vulnerabilidad como el estilo atribucional, el ambiente familiar y las redes de apoyo social.

Un acontecimiento que aparece relacionado con la depresión en la infancia es la pérdida de los padres (Bowlby, 1980; Spitz, 1965). Un mismo evento traumático puede tener un impacto diferente dependiendo de la edad del niño y de otros factores asociados con el acontecimiento.

Algunos autores hacen hincapié en la pérdida de la autoestima y en los sentimientos de desesperanza que se producen por la pérdida del objeto, restando importancia a la conducta de agresión que vuelve hacia el propio yo (Kessler, 1988). Algunas explicaciones de orientación conductual también incluyen la separación y la pérdida. Tanto Ferter (1974) como Lewinsohn (1974) subrayan el papel de un reforzamiento positivo inadecuado en el desarrollo de la depresión. La pérdida o la separación de un ser querido podría tener como consecuencia una disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño. Sin embargo, el reforzamiento inadecuado también puede ser consecuencia de factores para obtener las recompensas deseadas.

Factores en la Historia Infantil pueden predisponer al desarrollo de esquemas Depresivos, Williams (1995) enlista los siguientes:

PÉRDIDAS TANGIBLES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de madre/padre. ▪ Pérdida de algún familiar, amigo, persona cercana (pérdida incluye muerte, divorcio, separación, deserción, enfermedad prolongada).
EXPECTATIVA DE PÉRDIDA (REAL).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de madre/padre/ otra persona cercana esperada por mucho tiempo antes de que la verdadera pérdida se diese. ▪ Desilusión por parte de personas en quienes confiaba. ▪ Desilusión por parte de personas en quienes se confiaba. ▪ Espera de una recompensa por haber hecho algo, que nunca se materializó.
EXPECTATIVA DE PÉRDIDA (FANTASÍA)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida que no sucedió de hecho.
EVENTOS QUE REDUCEN LA AUTOESTIMA.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para mezclarse con otros niños ▪ Haber sido molestado por otros niños por períodos largos de tiempo. ▪ Sentimiento de ser diferente al grupo ▪ Sentimiento de no ser deseado por los padres. ▪ Sentimiento de no ser deseado por nadie ▪ Sentimiento de ser odiado por todos.
REVERSIÓN EN LA VALUACIÓN DE UN OBJETO.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repentino cambio de amar a alguien mucho a odiarle. ▪ Repentino cambio de respeto por uno mismo a odio por uno mismo –por algún evento-
ANTECEDENTES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión de un miembro cerca de la familia. ▪ Castigos severos por parte de cualquier progenitor. ▪ Sobreprotección por parte de cualquier progenitor ▪ Aislamiento de otros niños ▪ Reglas estrictas ▪ Historia de que los padres señalaban los errores pero no los aciertos.

Se denomina factores de vulnerabilidad o de riesgo a ciertas características relativamente estables del niño; por ejemplo, su familia y su contexto social ambiental que se consideran muy importantes en la etiología de la depresión. Los factores protectores representan aquellas condiciones individuales, familiares, sociales y ambientales; algunas de naturaleza persistente, y otras con un carácter eventual que pueden servir para proteger al niño durante periodos de estrés. En este sentido, Carey y col. (en Solloa, 2001), en un estudio sobre la contribución de las emociones, la conducta y las cogniciones para predecir la sintomatología depresiva, encontraron que la frecuencia con la que los niños se involucran en actividades no placenteras y los pensamientos negativos automáticos son elementos de vulnerabilidad para la depresión en los niños.

Uno de los factores de vulnerabilidad más estudiados ha sido el temperamento. Goodyer y cols. en 1993 (en Solloa, 2001) en un estudio con adolescentes deprimidos, encontraron que dentro de los factores temperamentales la tendencia a tener reacciones emotivas negativas frecuentes es un factor de riesgo para la depresión, especialmente en mujeres adolescentes.

3.5.4. Factores Psicobiológicos

La investigación de los factores biológicos se ha hecho a través de los “marcadores biológicos”. Un marcador biológico es un indicador medible de un trastorno.

Factores familiares genéticos

Se ha sugerido un modo de transmisión ligado al cromosoma X en algunos trabajos sobre trastorno afectivo bipolar (Cantwell y Carlson, 1987). Los estudios familiares y genéticos indican que el riesgo entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión mayor, es de aproximadamente dos a tres el riesgo de la población general. La concordancia es de cerca de 11% para los gemelos dicigóticos y se aproxima a un 40% en los gemelos monocigóticos. Los padres biológicos de los sujetos de estudio adoptados, tienen una prevalencia mucho mayor del trastorno de humor que los padres adoptivos.

En 1977, Welner y sus colegas (en Cantwell y Carlson, 1987) encontraron que cerca de una cuarta parte de todos los padres hospitalizados por un trastorno depresivo primario tenían al menos un hijo con cinco o más síntomas de depresión, mientras que ninguno de los hijos de padres sanos manifestaban síntomas.

Hipótesis bioquímicas

A pesar de no poseer evidencia confirmatoria absoluta y conclusiva, juegan un papel importante, aunque no único, posibles alteraciones en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central y en los procesos neuroendocrinos.

Los enfoques neuroquímicos han planteado que la norepinefrina y la serotonina están específicamente vinculadas con la depresión. La norepinefrina y la serotonina son neurotransmisores; esto es, que conducen la excitación de una neurona a otra. Se ha sugerido entonces que el exceso de una o ambas aminas lleva a los estados maníacos, y que su disminución provoca depresión. Aún no está claro si el trastorno primario es una disminución de estas aminas o si se trata de una hiposensibilidad, o ambas cosas, en determinados receptores aminérgicos. Estos datos derivan más que nada de los estudios realizados con adultos, ya que hay pocos datos disponibles sobre niños (Enslie & cols. 1994; Rutter y col. 1990, en Aviña, 2001).

Se están realizando diversos estudios acerca de la bioquímica de la depresión en el niño y el adolescente, pero los cambios biológicos que se producen durante este periodo plantean dificultades especiales (ibidem).

Por otro lado, algunos estudios han señalado que aproximadamente el 20% de los niños con depresión endógena (en la que no es detectable un factor desencadenante) presentan altas tasas de cortisol, resultante de una disfunción en el sistema límbico. Sin embargo, estos resultados no se han corroborado en los niños con depresión exógena (en los cuales sí es posible hablar de un factor estresante o precipitatorio) (Del Barrio, 1997).

Investigaciones sobre la biología de la depresión indican que durante las primeras etapas del desarrollo de la niñez y la adolescencia el sistema neuroregulatorio no es equivalente al de la edad adulta, por lo que aunque se siguen encontrando pruebas de una disfunción biológica en la depresión del niño, no se puede hacer una simple traslación de los hallazgos en adultos. Las diferencias encontradas entre los indicadores biológicos de la depresión podrían indicar que el trastorno del niño y el del adulto son diferentes, o que estos indicadores representan diferencias relacionadas con la edad dentro del mismo trastorno.

3.6. Depresión Infantil

El DSM IV (2000) establece que las características enlistadas dentro de los trastornos del estado de ánimo, son las mismas en los adultos que en los niños y el diagnóstico de adulto es apropiado para los niños; sin embargo, menciona que las características asociadas pueden ser diferentes en ambos. Incluye dos notas referidas a los niños; la primera relativa al estado de ánimo que puede ser irritable, más que un estado de tristeza manifiesto, y la segunda, relacionada con la pérdida de peso en el sentido de que hay que considerar si se dan las ganancias que cabría esperar para el desarrollo del niño.

Criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor son los siguientes:

A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (Por ejemplo: llanto). NOTA: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable;

2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás);

3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo: un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. NOTA: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables;

4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días;

5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido);

6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día;

7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo);

8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena);

9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo: hipotiroidismo).

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo: después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se

caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

NOTA: En niños pequeños son habituales los trastornos por ansiedad y las fobias. En niños mayores quejas somáticas, agitación psicomotora y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo. En adolescentes puede aparecer una conducta negativista y antisocial y abuso de alcohol y sustancias, inquietud, mal humor y agresividad.

Por otro lado se pueden presentar dificultades escolares. Siempre hay un grado de deterioro en la actividad social o académica que depende de la severidad del trastorno.

En el caso de la CIE 10 no se hace ninguna referencia a la edad o cualquier característica típica por el hecho de tratarse de niños, hace referencia al trastorno disocial depresivo, en el que se incluye el trastorno disocial asociado a un trastorno depresivo y remite a la descripción que se hace de dichos trastornos para los adultos.

La depresión en el niño es una entidad clínica diferente pero cuyas características son isomórficas con las del adulto.

Cuadro 4. Causas y manifestaciones de la depresión en los niños y adolescentes				
Etapa del desarrollo	Síntomas	Psicodinámica predominante	Tipo de disforia	Etapas del desarrollo yoico, según Loewinger
Primera infancia	Llanto y protestas seguidos de retraimiento	Pérdida del estímulo, seguridad y bienestar ofrecidos por la madre.	Carencia de los estímulos necesarios	Presocial, simbiótico
Edad preescolar	Inhibición, aferramiento	Desaprobación por parte de los padres	Inhibición de la gratificación de la incipiente voluntariedad	Impulsividad, autoprotección, temor a ser sorprendido, externalización de la responsabilidad, oportunismo
Edad escolar	Tristeza como respuesta automática a la situación inmediata	Rechazo parental, pérdida de actividades gratificantes (por ejemplo, enfermedad crónica)	Tristeza, llanto discontinuo directamente ligado con situaciones de frustración o carencia	Conformista: acatamiento de normas externas, vergüenza y culpa por la inobservancia de normas, esmero superficial
Pubertad	Depresión con disminución de la autoestima	Incapacidad de cumplir el ideal parental y de tolerar amenazas al vínculo con los padres	Depresión con Componentes cognitivo en función del afecto derivado de la evaluación de las circunstancias	Consciente: conformismo, discriminación de normas y metas, autorreconocimiento en la relación con grupos, cooperación
Adolescencia	Depresión con urgencia desmedida, distorsiones del tiempo e impulsividad	Incapacidad de cumplir el ideal parental internalizado y de separarse de la familia	Acentuación de la depresión por efecto de distorsiones cognitivas acerca de la irrevocabilidad de los hechos	Consciente: pautas autoevaluadas, culpa por las consecuencias, metas e ideales de largo plazo

3.6.1. Depresión en Edad Escolar

Díaz Calvo (en Solloa, 2001) señala que en esta etapa de la depresión se manifiesta con la pérdida de interés en casi todas las actividades, bajo rendimiento académico, desinterés en el juego y descuido en el arreglo personal. Cuando los síntomas son severos pueden aparecer ideas de muerte y en niños de ocho años y de nueve años incluso intentos de suicidio; concepto negativo de sí mismo.

McCabe y Marwit, en 1993, encontraron que los niños disfóricos se perciben a sí mismos menos atractivos físicamente que los niños normales, lo que apoya el supuesto de Beck, acerca de que una imagen personal negativa es un componente cognitivo importante en la depresión.

El periodo comprendido entre los 7 y los 12 años (latencia), se da un desarrollo importante en la esfera cognitiva y social del niño; los niños están mejor capacitados para discriminar y describir sentimientos. El niño comienza a formarse un juicio estable sobre sí mismo fundado en su propia evaluación y, como es lógico, sus ideas sobre sí mismos serán influidas por su desempeño académico y social pero su estado de ánimo y su autoconcepto aún son independientes de la situación familiar en que se vive.

En este periodo, los niños pueden reaccionar con tristeza ante la situación crónica de privación ambiental o ante una situación aguda de pérdida de las fuentes de gratificación requeridas. La tristeza no necesariamente refleja un conflicto interno, pues el niño es aún muy dependiente de su ambiente y especialmente de su familia.

El rechazo y/o las exigencias desmedidas o irrealizables de los padres pueden hacer que el niño sienta que nunca llegara a triunfar y que no tiene sentido esforzarse. Una característica importante que suele observarse en los niños deprimidos durante este periodo es que se dan por vencidos con facilidad; esta tendencia los predispone a sentirse impotentes y desesperanzados ante las lesiones infligidas a su autoestima.

A esta edad, la autoestima del niño depende en gran parte de las respuestas de las figuras parentales, de modo que la desaprobación o el rechazo por parte de ellas tienen efectos devastadores e inhibe el comportamiento que acarree desaprobación.

Durante esta etapa, el niño pasa gran parte de su tiempo en la escuela, y el desempeño académico y social adquieren una importancia crucial en el desarrollo. El niño deriva una sensación de competencia y seguridad cuando logra los éxitos esperados en su rendimiento académico y cuando es aceptado y querido por sus compañeros.

3.6.2. Epidemiología

En el campo infantil no han encontrado diferencia de género, la depresión aparece en la misma proporción en ambos sexos. El desorden varía a través de las edades y es más frecuente mientras mayor es el niño, es más común entre adolescentes que en niños. La depresión también es más frecuente entre familias en las que los padres están deprimidos.

En México, la Clínica de Trastornos Emocionales del Hospital Infantil Psiquiátrico estima que entre 5y 10% de la población infantil llega a padecer alteraciones depresivas (Díaz Calvo en Solloa, 2001).

Existen muchos estudios que han examinado la concurrencia de trastornos de la ansiedad (ansiedad de separación, ansiedad generalizada, fobia escolar, fobia social y pánico) y el trastorno depresivo en niños, adolescentes y adultos. En general, se ha encontrado que el trastorno depresivo coexiste, frecuentemente no solo con la ansiedad (lo más frecuente), sino con otros padecimientos como el trastorno por déficit de atención, los problemas de aprendizaje y los trastornos de conducta.

En 1987 Goldstein (en Ollendick y Hersen, 1993) señaló que los estados depresivos afectan al 10% de los niños menores de 12 años pero que si los padres son depresivos o con desórdenes bipolares el riesgo de padecer depresión aumenta.

3.6.3. Características Clínicas de la Depresión en los Niños

Los síntomas depresivos afectan seis áreas de la personalidad:

Cuadro 5 Síntomas habituales atribuidos a la Depresión Infantil					
Emocionales	Motores	Cognitivos	Sociales	Conductuales	Psicosomáticos
Tristeza	Inexpresividad	Falta de concentración	Aislamiento	Protestas	Pérdida de energía
Pérdida de disfrute	Hipoactividad	Pérdida de la memoria	Soledad	Riñas	Enuresis
Ausencia de interés	Letargo	Pesimismo	Retraimiento	Desobediencia	Sentimientos de fatiga
Cambios bruscos de humor	Enlentecimiento motor	Desesperanza	Incompetencia social	Rabietas	Pérdida o aumento de peso/apetito
Desesperanza	Hiperactividad	Indecisión		Indisciplina escolar	Dolores múltiples
		Sentimientos		Delincuencia	Quejas somáticas

Irritabilidad		de culpa		Uso de drogas	Cambios en el sueño (insomnio/hipersomnía)
Llantos excesivos		Baja autoestima		Piromanía	
Ausencia de interés por las cosas		Ideación suicida			
Desesperación		Pensamientos morbosos			
		Descenso del rendimiento escolar			

Aunque en los últimos años ha habido muchas aportaciones en cuanto a los síntomas de la depresión en los niños los criterios propuestos en 1973 por Weinberg (en Cantwell y Carlson, 1987) siguen siendo muy utilizados por los clínicos ya que este autor presenta los síntomas en una forma clara y descriptiva que permite operacionalizar este síndrome. A continuación procederemos a exponer los criterios Weinberg:

1. Estado de ánimo disfórico (melancolía):
 - a. Expresiones o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
 - b. Cambios en el estado de ánimo, mal humor.
 - c. Irritable, se enfada con facilidad.
 - d. Hipersensible, llora fácilmente.
 - e. Negatividad, difícil de complacer.

2. Ideación autodespreciativa:
 - a. Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo).
 - b. Ideas de persecución.
 - c. Deseos de muerte.
 - d. Deseos de marcha.
 - e. Tentativas de suicidio.

3. Conducta agresiva (agitación). Dos o mas de los siguientes síntomas:
 - a. Dificultad en las relaciones interpersonales.
 - b. Peleón, pendenciero.
 - c. Poco respeto por la autoridad.
 - d. Beligerante, hostil, agitado.
 - e. Discusión, peleas excesivas o ira súbita.

4. Alteraciones del sueño:
 - a. Insomnio de conciliación.
 - b. Sueño inquieto.
 - c. Insomnio terminal.
 - d. Dificultad para despertar por la mañana

5. Cambios en el rendimiento escolar.
 - a. Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, escasa memoria.
 - b. Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.
 - c. Perdida de interés habitual en las tareas escolares
 - d. Perdida de interés habitual por actividades escolares no académicas.

6. Socialización disminuida:
 - a. Menor participación en grupo.
 - b. Menos simpático (a), agradable, sociable.
 - c. Retraimiento social.
 - d. Perdida de interés social habitual.

7. Cambio de actitud hacia la escuela:
 - a. No disfruta con actividades escolares.
 - b. No quiere o se niega ir a la escuela.

8. Quejas somáticas.
 - a. Cefalalgias no migrañosas.
 - b. Dolores abdominales.
 - c. Dolores musculares.
 - d. Otras preocupaciones o quejas somáticas.

9. Perdida de la energía habitual:
 - a. Perdida de interés por actividades y entretenimiento extraescolares.
 - b. Disminución de la energía. Fatiga física y/o mental.

10. Cambios en el apetito

En 1987 Goldstein (en Ollendick y Hersen, 1993) identificó 10 patrones de conducta, que representan en forma clara las categorías conductuales propuestas por Weinberg y que pueden ayudar a detectar síntomas de depresión en el niño.

1. Afectos planos y miradas tristes.
2. No expresa placer por nada.
3. Se autoevalúa y tiene baja autoestima.
4. Reporta sentimientos de culpa
5. Experimenta aislamiento social.

6. Su aprovechamiento escolar decrece.
7. Se observa fatiga que puede llegar a ser crónica.
8. Presenta niveles bajos de energía.
9. Tiene dificultades para dormir y de apetito.
10. Los pensamientos suicidas pueden llegar a ser comunes.

En 1972, Cytryn y Mcknew (en Jiménez, 1995) realizaron otra división de la depresión:

1. *Reacción depresiva encubierta*. Se presenta con síntomas como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicosomáticos o tendencias delictivas
2. *Reacción depresiva aguda*. Aparece como resultado de una situación externa claramente identificable, vinculada por lo general con la pérdida de atención de una persona amada.
3. *Reacción depresiva crónica*. Se presenta cuando no se detecta un hecho desencadenante.

Del Barrio, (en Jiménez, 1995) en 1990, resumió los criterios para diagnosticar depresión en los niños que han tenido una mayor difusión y cuya evaluación abarca casi 20 años; estos síntomas son:

- Disforia.
- Aumento / disminución de apetito / peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Reproche o culpabilidad.
- Retraimiento social.
- Anhedonia.
- Pensamientos suicidas o de muerte.
- Cambios en rendimiento escolar.
- Falta de energía o fatiga.
- Quejas somáticas.
- Agitación- retraso motor.
- Falta de interés en las actividades.
- Pobre concentración.
- Irritabilidad.
- Agresividad.
- Ideas persecutorias.
- Fobia escolar.
- Llantos inmotivados.
- Ensoñaciones.

La sintomatología de los niños deprimidos varía mucho según las condiciones ambientales y con la edad, por ello, la entrevista clínica con el niño es una de las herramientas clave para el diagnóstico. Es útil comenzar con una entrevista breve para evaluar habilidades

lingüísticas, conceptos temporales e inteligencia general, de este modo se adaptará la formulación de preguntas al nivel de comprensión del niño.

En aquellos casos en que el suicidio es la causa comprobada de muerte, Schaefer, en 1974, observó, que los varones sobrepasaban en número a las niñas (Arieti y Bemporad, 1993) mientras que entre estas últimas son más frecuentes las amenazas o los amagos de suicidio (Matson, 1989; Arieti y Bemporad, 1993)

3.6.4. Motivaciones suicidas en los niños

Al estudiar los motivos que se ocultan tras la conducta suicida de los niños, es fundamental tener en cuenta el concepto que éstos tienen de la muerte. Muchos niños desean matarse pero no desean morir. Esta aparente paradoja se aclara si se considera que en muchos casos, el niño no ve la muerte como algo irreversible.

En 1967, Anthony (en Arieti y Bemporad, 1993) observó que es alrededor de los ocho años cuando el niño toma conciencia de que la muerte es irreversible y se siente indefenso al advertir que ésta es inevitable y que afecta a todos por igual.

En los estudios psicológicos de niños con tendencias suicidas se han observados tres tipos predominantes de personalidad: 1. niños que se sienten rechazados por los demás; 2. niños callados y poco comunicativos, y 3. niños perfeccionistas y autocensurantes.

3.6.5. Diagnóstico de Depresión Infantil

La depresión infantil, desde la perspectiva clínico conductual tiene dos metas: a) diagnosticar si el niño manifiesta los síntomas específicos de la depresión, y b) establecer la gravedad de la misma. El diagnóstico está basado en la clasificación de los niños depresivos o no, apelando a cualquiera de los sistemas de diagnóstico al uso. La severidad, en cambio, se refiere a la intensidad que presentan los síntomas depresivos Polaino-Lorente 1988. Asimismo el diagnóstico sirve para determinar la acción de un tratamiento determinado.

1. Técnicas de observación conductual
2. Aplicación de Escalas
3. Cuestionarios Específicos
4. Pruebas neurofisiológicas y bioquímicas
5. Entrevistas

Sin embargo, el diagnóstico en niños es muy difícil. Los trastornos depresivos generalmente siguen un curso crónico.

1) Depresión mayor: Puede ser un episodio único o recurrente.

2)Distimia: que puede ser primaria (inicio precoz) o secundaria (inicio tardío)

3)Depresión doble: Se da cuando el niño presenta una distimia con un trastorno depresivo mayor superpuesto. La distimia se ha mantenido durante un año por lo menos. Se hacen ambos diagnósticos.

4)Depresión mayor en remisión parcial: Cuando después de una depresión mayor quedan síntomas de lo que parece una distimia. Después de una depresión mayor se puede hacer un diagnóstico de distimia solo si ha habido una remisión completa de la depresión mayor durante 6 meses como mínimo.

5)Depresión mayor Crónica: Después de una depresión mayor quedan síntomas depresivos durante dos años.

3.6.5.1. Diagnóstico Diferencial

Un episodio depresivo mayor debe diferenciarse de un "Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica". El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (por ejemplo: esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física.

Un "trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias" se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

También hay que distinguir, sobre todo en niños, si se trata de un episodio depresivo mayor (en el que se pueden presentar alucinaciones e ideas delirantes) o una esquizofrenia como tal o un trastorno esquizoafectivo.

La distractibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un "trastorno por déficit de atención con hiperactividad" como en un episodio depresivo mayor. El clínico debe ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por tristeza o pérdida de interés.

Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un "trastorno adaptativo con un estado de ánimo deprimido" por el hecho de que este último no cumple totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a un episodio depresivo mayor, a no ser que los síntomas persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

También hay que diferenciar y distinguir si se trata de un episodio depresivo mayor o de un trastorno distímico, que es entendida como una neurosis depresiva y es una alteración crónica del estado de ánimo (deprimido o irritable) que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de un año como mínimo.

Finalmente hay que señalar que los "periodos de tristeza" son aspectos inherentes de la experiencia humana y son fluctuaciones normales del estado de ánimo que no deben diagnosticarse como un episodio depresivo mayor.

3.6.5.2. Curso y Pronóstico

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un periodo de malestar que precede la enfermedad con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20-30%) algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente con los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar (en cuyos casos se debe anotar la especificación en remisión parcial). La remisión parcial, después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10%) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años (en cuyo caso se debe anotar la especificación crónico).

En cuanto al pronóstico, las estimaciones del grado de recuperación y la probabilidad de que el sujeto se conserve bien dependerán principalmente de la edad del paciente en el momento en que se inicia el problema, el número de crisis previas y la reacción al tratamiento somático y psicosocial. Muchos individuos tienen sólo una crisis depresiva durante toda su vida. La probabilidad de recurrencia se incrementa de manera impresionante cuando se inicia una segunda crisis, y sigue aumentando ligeramente con cada crisis adicional hasta que llega, por último a una meseta estadística.

Los pacientes que pierden su trabajo, abandonan la escuela o se divorcian como resultado de su conducta a lo largo de una crisis aguda no experimentan fácilmente restitución de estas pérdidas al remitir su depresión, y por lo tanto, deben enfrentarse a un estrés psicológicos durante los periodos eutímicos. El pronóstico de recuperación es por lo general pobre en los casos en que se observan preocupación suicida de manera recurrente durante las crisis sucesivas, y en los que hay contenido delirante profundo.

Por último cabe mencionar que los desórdenes afectivos que aparecen en la infancia o adolescencia son recurrentes si no se tratan adecuadamente, y pueden producir complicaciones como:

- 1) Bajo rendimiento académico.
- 2) Abuso de sustancias.
- 3) Deterioro en los patrones psicosociales.
- 4) Trastornos de conducta.
- 5) Intentos y conductas suicidas.

El rendimiento escolar invariablemente está afectado por la incapacidad para concentrarse, trabajo lento, falta de interés y motivación, cansancio, preocupaciones, etc.

Durante los episodios depresivos la relación con padres y amigos son anormales. Todo lo anterior cambia al recuperarse del episodio.

3.6.5.3. Tratamiento de la Depresión Mayor

a) Tratamiento Biomedico: Está indicado efectuar una prueba con medicación antidepressiva en la mayor parte de los sujetos que sufren depresión mayor, en particular si hay rasgos de melancolía. Algunos clínicos prefieren retrasar esta prueba hasta que se valora la reacción del paciente a un ciclo de psicoterapia breve. Algunos individuos víctimas de depresión mayor reaccionan de manera favorable a la psicoterapia nada más, aunque en la mayor parte de los estudios controlados se ha demostrado que la psicoterapia no controla los síntomas agudos.

La selección del fármaco debe basarse sobre el estado médico general del paciente, los efectos colaterales del fármaco y los antecedentes personales o familiares de reacción terapéutica a un agente específico. Cerca del 70% de los pacientes con depresión mayor reaccionan favorablemente a la medicación antidepressiva. En la mayor parte de los casos la reacción pobre se debe a la incapacidad del paciente para tomar la medicación como se le prescribió o a la posología insuficiente.

Suele observarse un beneficio terapéutico claro en 10 a 14 días después de haberse iniciado el tratamiento, aunque no son raras las reacciones más tempranas y más tardías. En general se observan signos de mejoría (aumento del apetito, mejoría del sueño y el afecto, menor agitación, aumento de la actividad con una finalidad) antes que ocurra mejoría subjetiva. Deberá pensarse en un fármaco de clase diferentes para los pacientes cuyos síntomas no mejoran después de seis semanas de medicación con concentraciones sanguíneas suficientes.

No está claro el periodo de sostén en que deben administrarse los medicamentos una vez que ha desaparecido los síntomas, pero, en general se requiere un periodo de 4 a 6 meses de medicación antidepressiva en dosis decrecientes o para prevenir las recaídas.

b) Tratamiento Psicosocial: Está indicada a menudo la psicoterapia para la depresión mayor, sobre todo para mejorar el funcionamiento social después de la remisión de los síntomas agudos. La investigación actual propone que la combinación de un tratamiento médico con un tratamiento psicosocial es la más eficaz. Se han empleado muchos criterios psicoterapéuticos, pero las modalidades que se orientan sobre el funcionamiento interpersonal y las deformaciones cognitivas del paciente deprimido parecen ser más productivas.

La terapéutica de introspección se vuelve difícil a causa de la tendencia del paciente deprimido a interpretar las sugerencias terapéuticas como críticas. A menudo el tratamiento cognoscitivo es de naturaleza didáctica, y puede incluir con provecho tareas para la casa, en las cuales se pide al paciente que examine y pruebe de manera crítica sus exposiciones erróneas derivadas de la experiencia depresiva.

Por último cabe mencionar que en la planeación del tratamiento no debe despreciarse la participación de familiares (sobre todo de padres o hermanos si el paciente deprimido es un niño). Esto puede tomar diversas formas, incluso educación sobre la enfermedad, apoyo emocional y consideración de aspectos interpersonales.

CAPITULO 4. DESESPERANZA

Las personas tienden a un monólogo o discurso interno con el cual se explican las cosas que suceden. Este discurso se denomina “atribución causal”, “estilo atribucional” o “modelo explicativo”. Martin Seligman (1981) se preguntó por qué frente a las dificultades algunas personas se dan por vencidas rápidamente y otras perseveran y salen adelante, encontró que frente a las dificultades aparecían preferentemente dos tipos de atribuciones causales: el estilo optimista y el estilo pesimista.

Sus investigaciones muestran como las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tener mejor autoestima y generar acciones más exitosas y, por el contrario, las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas fácilmente frente a la adversidad.

Cuando las personas, sobre todo en etapas tempranas de la vida, se han visto acorraladas en situaciones altamente aversivas ante las cuales no podían reaccionar o huir (como es el caso de los niños cuya familia les está brindando un patrón de apego disfuncional), aprenden a vivir desamparadas. Es decir, uno aprende a quedarse paralizado frente a determinadas situaciones aversivas, por tanto, se aprende a ser indefenso. En los momentos de conflicto las conductas que surgen no suelen ser las que dicta la lógica sino las que nuestros patrones de apego desatan automáticamente. Aprender a ser asertivos y hacerse respetar por los demás, es más difícil de lograr con las personas hacia las cuales se tiene una relación afectiva.

El desamparo o indefensión aprendida está acompañada de pensamientos destructivos. Las tendencias de las personas en esta situación son:

- Reacción a bajar los brazos y darse por vencidas,
- No asumir la responsabilidad de producir cambios y
- No contestar frente a las adversidades.

4.1. Teoría de la Desesperanza Aprendida

Diversas investigaciones han demostrado que la exposición a eventos incontrolables frecuentemente produce disturbios, o por lo menos afecta la conducta subsiguiente, tanto en animales como en seres humanos.

Seligman y Maier (1967) realizaron estudios con perros que demuestran que cuando estos son expuestos a situaciones de descargas eléctricas inevitables, no lograron aprender a escapar de la descarga en situaciones posteriores en las cuales era posible escapar. Estos resultados demuestran el **efecto de incontrolabilidad de un evento**.

La explicación que brindan estos autores, es que los organismos aprenden que respuesta y reforzamiento son independientes y este aprendizaje interfiere en sus respuestas futuras. El fenómeno denominado por estos autores como **incapacidad aprendida**, se manifiesta por una transferencia a la tarea posterior, interfiriendo fundamentalmente en las respuestas de control. La relación de independencia entre respuesta y reforzamiento así se da: 1) los organismos sometidos a descargas, inicialmente emiten respuestas activas para escapar; 2) cuando el stress es incontrolable, los sujetos aprenden que la terminación del choque es independiente a sus respuestas; 3) el estímulo de los sujetos para presentar respuestas activas durante el choque es interpretado en parte, como producto de la expectativa de que estas respuestas incrementan la probabilidad de que el choque termine. Pero, si no hay esta expectativa, el incentivo para responder es mínimo; 4) la presencia de la descarga eléctrica en situación de entrenamiento de escape – evitación despertaría, entonces, la misma expectativa previamente adquirida durante choques inescapables y por esto el incentivo para responder es reducido.

En otro estudio, Klein, Fencil-Morse y Seligman (1976) intentaron comprobar que los efectos de la incontrolabilidad provocada en animales, también se repetiría en seres humanos, sometidos a eventos (experimentales en laboratorio) que no puedan controlar. Los resultados comprobaron la hipótesis, es decir, muchos sujetos humanos fallaron en el escape o evitación a situaciones aversivas posteriores, demostrando pasividad ante las situaciones aversivas a que fueron sometidos subsecuentemente.

Los efectos de la incontrolabilidad, es decir, en la percepción de la independencia de la conducta con los resultados que ésta obtiene, es la base de la teoría de la desesperanza aprendida. En otras palabras: haga lo que haga el sujeto, no habrá de modificar lo que él obtenga (Padua, 1985).

Rotter (1966) es otro autor interesado en la investigación con sujetos humanos, él clasifica a las personas de la siguiente forma: una persona **interna** atribuirá el control así misma y por tanto se siente capaz de determinar lo que sucede a su alrededor, mientras una persona **externa** atribuirá el control a otras personas o entidades y percibirá los acontecimientos en su medio, como independientes de sus capacidades o esfuerzos.

Hiroto (1974) tomó como base el constructo de aprendizaje social propuesto por Rotter (1966), y clasificó como externos a los sujetos que creían que los reforzadores en su vida estaban fuera de su control y que ocurrían por destino o suerte; y como internos a los sujetos que creían tener control sobre sus propios reforzadores, y que sus habilidades se sobreponían a las circunstancias externas. Los resultados demuestran que a) los sujetos externos son más lentos y presentan más fallas que los internos para escapar de los estímulos aversivos; b) la persistencia en intentar controlar un evento incontrolable se correlaciona con la ausencia de incapacidad subsecuente; c) el control sobre el reforzamiento es una variable crucial para la hipótesis de incapacidad aprendida; d) la variable externalidad parece funcionar como un pretratamiento en “inescapabilidad”; e) la expectativa de que respuesta y reforzamiento son independientes es paralela a la

incapacidad aprendida y a la externalidad; f) estos aspectos son importantes para entender la depresión reactiva en el hombre (Hiroto, 1974).

La teoría de incapacidad aprendida postula que la expectativa de que una consecuencia sea independiente del comportamiento, reduce la motivación para controlar la consecuencia; interfiere en el aprendizaje que el responder podría controlar la consecuencia y, si la consecuencia es de naturaleza traumática; produce temor por la incontabilidad de las consecuencias que experimenta el sujeto, provoca a su vez depresión (Seligman, 1977).

En resumen, organismos expuestos a eventos aversivos e incontrolables, manifiestan disturbios motivacionales, cognoscitivos y emocionales. El déficit motivacional consiste en el retardo de respuestas voluntarias, reflejándose en la pasividad, lentitud intelectual e inadecuación en las relaciones sociales, produciendo consecuentemente depresión. El déficit cognoscitivo se caracteriza por la dificultad en aprender que las respuestas producen resultados, manifestándose en la incapacidad de percibir contingencias entre respuesta y refuerzo. El déficit emocional es resultante del aprendizaje de que las consecuencias son independientes del responder y se refleja en la disminución afectiva, reducción de agresividad y de la competencia (Abramson Garber y Seligman, 1980). La ausencia de expectativa de control disminuye la motivación para intentar lograrlo, provocando el sentimiento de desamparo afectando el desempeño de los sujetos. La incontabilidad, a su vez produce frustración, que más tarde puede tornarse en depresión a medida en que la incontabilidad incrementa (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

La percepción de control por otro lado, beneficia al organismo, al provocar una sensación de que los resultados pueden ser elegidos y produce responsabilidad sobre ellos; además de proporcionar mayor predicción. (Hiroto y Seligman 1975).

Para que un organismo perciba que existe la incontingencia, es necesario que posea la noción de la contingencia, aún hay un paso intermedio, y es la representación cognoscitiva de la contingencia. Esta representación cognoscitiva, Maier y Seligman (1976) prefieren llamarla expectativa. Por ende, se puede hablar de una triada:



Glass y Singer (1972) han demostrado que sólo con decirle a un ser humano que no actúa sobre el medio, que tendrá control sobre él, reduce el stress. Es decir, si el sujeto cree que puede influir en el medio, se reduce el stress.

La desesperanza aprendida o indefensión es un fenómeno real, no pasajero o transitorio por sí mismo, ya que de otro modo no sería una forma de aprendizaje estable; por ejemplo, si se creyera resultado de un abrupto aumento de stress y que al reducir esta tensión la indefensión desaparecerá; se estaría cayendo en una falsa expectativa.

Langer y Benevento (1978) piensan que la desesperanza aprendida es algo muy real, sin embargo, existen otros factores que muchas veces poseen más valía en la pérdida de estima del sujeto humano (que provoca déficits) sin que tenga relación con la no contingencia del sujeto entre su conducta, como por ejemplo, el ser tachado como de inferior capacidad respecto a otro sujeto de modo consensual. Este proceso, es una inferencia (que hace que el sujeto devaluado por los otros) errónea de la competencia del sujeto surgida de factores interpersonales.

La vulnerabilidad a la desesperanza aprendida se halla mediada por el nivel de complejidad conceptual del sujeto, por ende, se puede sugerir que por el nivel intelectual los humanos no son igualmente afectados por la indefensión, aunque a todos les afecta, la interferencia se hace más palpable en aquellos sujetos con estructura conceptual sencilla. Partiendo del entendimiento de que el aprendizaje es un proceso activo más que reactivo; se aprende no sólo la contingencia sino a la par la incontingencia, y aún más, incluso la probabilidad de ocurrencia del reforzamiento.

Dentro de los déficits emocionales que crea la desesperanza aprendida es la depresión. Seligman (1973) cree que existen palpables consonancias entre la depresión y la desesperanza aprendida, tanto en sus síntomas como en su prevención y cura. No en cualquier tipo de depresión, sino exclusivamente a la depresión reactiva.

Entre la desesperanza aprendida y la depresión los síntomas que existen en común son: pasividad, un set cognoscitivo pesimista, dificultad de aprendizaje de contingencia entre la conducta y el reforzador. Carencia de agresión en la indefensión, mientras que en la depresión dicha agresión se halla internalizada, ambas se aminoran con el tiempo, producen vaciamiento de norepinefrina, causan stress y úlcera, en una hay pérdida de libido, además de sentimientos de indefensión. Seligman piensa que la depresión causada por la indefensión es única y particular (seligman, 1978; Colotla, 1979). La causa en una es aprender que la respuesta del reforzamiento es independiente, en la otra, que la respuesta es inútil.

4.2. Reformulación de la Teoría de la Desesperanza

Después de algunas críticas a su teoría, Seligman (1978, en Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) propone una reformulación de la teoría del desamparo aprendido, incorporando elementos de la teoría de la atribución elaborada por Weiner en 1971 (Weiner, Frieze, Reed, Rest y Rosenbaum, 1971). En la teoría, la definición de control alude al cambio en la probabilidad de ocurrencia de un reforzamiento provocado por una respuesta. Sin embargo, esta definición ya no será vigente en la reformulación, ya que la

atribución del sujeto juega un papel fundamental, así, es importante a qué se atribuye la falta de control.

La teoría reformulada sugiere que las atribuciones que hace el individuo acerca de la no contingencia entre sus actos y los productos son el origen de expectativas subsecuentes de contingencias futuras. Las dimensiones de las atribuciones que son particularmente importantes para el desamparo aprendido y la depresión incluyen: internalidad/externalidad; generalidad/especificidad y estabilidad/inestabilidad. Existe, además, la indefensión universal y la personal. En la universal, la atribución de control no daña la autoestima, pues se atribuye la “falla” a que nadie puede hacer nada.

La dimensión atribucional interna -externa se presenta cuando el sujeto percibe que las respuestas emitidas no sirven para controlar determinadas consecuencias y puede proceder de dos formas distintas: 1) el sujeto cree que no dispone de habilidad para controlar la consecuencia pero otras personas si (dimensión interna); 2) cree que ni él ni otras personas pueden controlar la consecuencia (dimensión externa).

La dimensión atribucional estable-inestable indica si el sujeto atribuye la no contingencia a causas estables (constantes) y probablemente en este caso volverá a experimentar en el futuro la incontrolabilidad del presente. Pero si la atribuye a causas inestables (transitorias), no necesariamente experimentará en el futuro la incontrolabilidad del presente. La dimensión estable- inestable de la atribución determina la cronicidad o no de los déficits de la incapacidad aprendida.

Por último la dimensión atribucional global-específica, ocurre cuando el sujeto atribuye que la(s) causa(s) de la incontrolabilidad afecta(n) una gran variedad de consecuencias, al hacer una atribución global, genera en el sujeto la creencia de que la incapacidad ocurrirá también en situaciones muy diferentes de la original. En cambio, si el sujeto atribuye la causa de la incontrolabilidad a una situación específica incontrolada en el presente hace una atribución específica, la cual lo llevará a creer en situaciones futuras que la aparición de los déficits de incapacidad estarán apenas vinculados con la situación desencadenante.

Cuando la incapacidad es atribuida a causas internas es considerada “personal” y cuando es atribuida a causas externas es considerada “universal”. La incapacidad personal genera una disminución de autoestima; la cual constituye el cuarto déficit de la incapacidad aprendida en los seres humanos. Es decir, si ni yo ni nadie es capaz de enfrentar un nuevo evento de tal modo que su conducta sea contingente a sus resultados, entonces, se habla de una indefensión universal. Se habla de una indefensión personal, cuando el razonamiento del sujeto es: si yo soy incapaz pero otros pueden enfrentar un evento de tal modo que la conducta sea contingente a los resultados (Abramson, Seligman y Teadsale, 1978; Abramson, 1977).

Desde esta perspectiva, una persona está probablemente más deprimida si sus atribuciones por sus fallas y carencias de control son internas (es mi culpa), son globales

(en todo soy incompetente) y son estables (siempre seré igual), mientras que sus atribuciones por el éxito son externas (tuve suerte), específicas (en esta situación particular) e inestables (sólo esta vez).

Abramson, Seligman y Teasdale (1978), proponen un Modelo Atribucional con la finalidad de entender la incapacidad aprendida. En el postulan que las personas se perciben incapaces e implícita o explícitamente se cuestionan sobre esa incapacidad y consecuentemente intentan descubrir la causa de la misma. La atribución causal que hacen, es resultante de una no contingencia objetiva (pasada o presente) entre la conducta del sujeto y sus consecuencias, e influye en la percepción de contingencia pasada o presente, así como en la formación de expectativas personales de no contingencia. La atribución de no contingencia entre los actos y las consecuencias deseadas en el futuro, provocan en el sujeto sentimientos de incapacidad y más tarde una posible causa de depresión.

Dicho modelo atribucional fue probado en algunos estudios con pacientes depresivos y no depresivos, con maestros y con niños en el cual Girardi (1988) propone un Modelo de incapacidad aprendida para situaciones de la vida real. En este considera la incapacidad aprendida como un proceso que involucra la triada incontrolabilidad, atribución y depresión, definida de la siguiente forma:

- El individuo percibe la controlabilidad o incontrolabilidad de los eventos como resultado de las experiencias de los eventos, como resultado de las experiencias de control o no control sobre situaciones diarias.
- El individuo analiza su control o no sobre distintas situaciones cotidianas propias de su contexto y atribuye el control o no de las mismas a causas internas (presentes en él; tales como su habilidad o capacidad de controlar las situaciones) o externas (presentes en el ambiente, tales como la familia, o los amigos, la suerte, Dios etc).
- El individuo presenta o no depresión de acuerdo con la cantidad de incontrolabilidad manifiesta y con atribuciones hechas.

Asimismo Girardi (idem) propone que las dimensiones de controlabilidad-incontrolabilidad puedan ser estudiadas a través de un continuo que permita al sujeto evaluar la cantidad de control que cree tener en distintas situaciones de la vida cotidiana. La atribución, propone, sea medida en términos de la atribución interna o externa que los sujetos hagan de dichas situaciones, y la depresión en términos de la frecuencia con que los individuos sienten los síntomas depresivos. Establece una analogía con la teoría de Incapacidad Aprendida propuesta por Seligman respecto a los déficits emocionales, cognitivos y motivacionales. Encontrando que el déficit emocional es resultante de la percepción de incontrolabilidad sobre las situaciones cotidianas, es decir, de la percepción de que las consecuencias son independientes del responder; el déficit

cognoscitivo se manifestará en la dificultad del sujeto para ejercer control sobre las situaciones (atribuir el control a factores externos). Por último el déficit motivacional se presenta fundamentalmente a través de las respuestas depresivas manifestadas por el sujeto. Un sujeto que “cree o atribuye” que tiene control, no desarrolla síntomas de la indefensión.

La diferencia entre la teoría y su reformulación no se haya en la no contingencia misma, sino en el proceso de atribución que el sujeto hace. De modo tal, que esta atribución determina en gran medida, su conducta futura.

La atribución que el sujeto haga de la no contingencia servirá como criterio de predicción acerca de cómo percibirá la falta de control en el futuro. Semmel et al (1979) considera que la incontrolabilidad para hacer ocurrir buenos eventos se halla en una correlación negativa con las atribuciones internas y estables.

Se ha hablado de que la indefensión no es capaz de explicar la depresión. La depresión es una enfermedad sumamente compleja, por lo cual, la indefensión no explicará una depresión endógena, debido a esto, cuando se habla de la depresión causada por indefensión debe considerarse únicamente a la depresión reactiva.

4.2.1. Atribución

El hombre siempre desea conocer las fuentes de sus experiencias, saber de dónde vienen y como surgen, porque esta atribución le permite comprender su mundo así como predecir y controlar los acontecimientos referentes a él y a los demás (Heider, 1968).

La atribución de causalidad es la búsqueda de explicaciones a los por qué de las ocurrencias, es el establecimiento de relaciones entre causas, es decir, el esclarecimiento entre los antecedentes y sus respectivas consecuencias.

Heider (1958) definió inicialmente dos factores básicos hacia los cuales las personas atribuyen la causa de los fenómenos observados: al ambiente y a características personales. Las fuerzas del ambiente comprenden las características de la situación (dificultades o facilidades encontradas por el sujeto o proporcionadas por el ambiente). Las características personales son causas internas al sujeto y pueden tener origen en la habilidad y esfuerzo de la persona involucrada en la acción.

Weiner y otros (1972) enfocados a la atribución de éxito o de fracaso, propusieron un modelo atribucional basado en la teoría de atribución de Heider (1958). Según este modelo, uno de los cuatro elementos causales: habilidad, esfuerzo, dificultad o suerte en la tarea podría ser utilizado para predecir o interpretar el resultado de cualquier acción que involucre desempeño. Además, agregan el grado de estabilidad de la causa en cuestión, por considerar:

- a) La atribución de los resultados es más clarificada cuando están presentes los análisis relativos a la estabilidad o inestabilidad
- b) La dimensión “estable-inestable es proporcional a la dimensión “interno-externo”.

De acuerdo con el modelo atribucional de Weiner los factores estables se repiten con frecuencia, mientras los factores inestables son intermitentes. Por tanto cuando un resultado malo ocurre puede ser atribuido a 1) Falta de habilidad (factor interno inestable); 2) Falta de esfuerzo (factor interno inestable); 3) Dificultad de la tarea (factor externo estable) y 4) Falta de suerte (factor externo inestable).

Deaux (1976) advierte que las diferencias por sexo evidenciadas desde los primeros años de edad, sugieren divergencias tempranas entre ellos, respecto a la manifestación de su conducta. Este autor comprobó que hombres y mujeres difieren en términos de las atribuciones que hacen al propio desempeño. Generalmente, los éxitos o fracasos de sus acciones son atribuidos diferencialmente por ambos sexos a factores como habilidad, suerte, esfuerzo o persistencia. Para Deaux, las diferencias indican que las mujeres establecen menos conexiones entre su conducta y los resultados, y demuestran menos expectativas de éxito que los hombres.

La atribución ejerce influencia sobre la percepción del control, al respecto, Brehm (1966) consideró que las personas están motivadas a creer que son libres para hacer lo que desean y se estimulan motivacionalmente ante la pérdida de un control que pensaban o sentían que tenían. Esta excitación (llamada reactivancia) conduce a los individuos a intentar restablecer la libertad que piensan haber perdido. Las personas están motivadas a mantener el control de sus acciones y para esto intentan establecer relaciones entre el control deseado y la atribución causal.

Dichas atribuciones son inducidas por el control, y las actividades atribucionales aumentan después de una experiencia de falta de control. La calidad y cantidad de incontrolabilidad incrementan la incapacidad y consecuentemente la actividad atribucional (Pitman y Pitman 1980).

Al respecto Wortman (1976) postula que las atribuciones de las personas son afectadas por su deseo de controlar el ambiente y encuentra en sus investigaciones:

“1) los estudios demuestran que los sujetos perciben erróneamente una conexión causal entre resultados que ocurren juntos por suerte; 2) las personas exageran su habilidad para influir en resultados incontrolables como juegos de suerte y eventos incontrolables de la vida; 3) hay evidencias de que las personas menosprecian la extensión sobre la cual su comportamiento es controlado por fuerzas externas o situacionales.” (p.28).

Abramson, Garber y Seligman (1980) consideran que el aumentar el sentimiento de control del sujeto sobre los factores ambientales es adaptativo, mientras que la atribución que hace el sujeto de que es incapaz le crea problemas. Ya que las “conductas de

incapacidad” son mal adaptadas y resultantes del aprendizaje de que el control sobre el ambiente es sumamente difícil o imposible.

4.3. Teoría de Beck

La falta de esperanza o el “darse por vencido” generalmente se ha creído que tiene un impacto negativo en el bienestar psicológico y en la salud física (Everson et al, 1996), por lo contrario, se ha reconocido la importancia de la esperanza u optimismo desde hace mucho tiempo, la cual ha sido definida como, aquella cognición afectiva, referida al futuro, basada en eventos deseados y cierta expectativa acerca de la ocurrencia de los mismos (Staats y Stassen, citados en Brackney y Westman, 1992), a su vez, De Angelis (ibid) concluye que “las personas esperanzadas son capaces de atravesar enormes tragedias debido a que comprenden el sufrimiento y han aprendido de él”.

El concepto de desesperanza ha sido relacionado importantemente con diversas condiciones psicopatológicas, y más comúnmente, la depresión (Beck et al, 1974; Beck, 1976; Spangler et al, 1993; Alford et al, 1995)

Beck (1976) refiere una tendencia a “vivir en el futuro”, interpretar la experiencia no sólo en términos de lo que el evento significa ahora mismo, sino también en términos de sus posibles consecuencias. Los pacientes deprimidos presentan una especial inclinación a experimentar las adversidades futuras como si estuviesen pasando en el presente o ya hubieran ocurrido. Las predicciones de las personas deprimidas tienden a ser sobregeneralizadas y extremas. Dado que los pacientes valoran el futuro con una extensión del presente, esperan que las privaciones o fallas que experimentan en ese momento continúen permanentemente. Así, el individuo deprimido juzga que, ya que no puede lograr un objetivo importante ahora, nunca lo conseguirá. A este patrón cognitivo, consistente en atribuciones negativas del futuro, Beck le denomina “pesimismo” (1976) o “desesperanza” (1974). Otra fuente de la desesperanza proviene del autoconcepto negativo del deprimido, ya que, considera que la presumida deficiencia es una parte integral de sí mismo, el individuo tiende a pensar que es permanente (Beck, 1976).

Conforme la desesperanza envuelve la orientación total del sujeto al fracaso, los problemas tienden a considerarse irresolubles. El pesimismo no solamente engulle al futuro distante, sino que permea cada deseo y cada tarea que el individuo emprende. Las expectativas negativas son tan intensas que incluso cuando logra un éxito en alguna tarea específica, espera fallar la siguiente ocasión. Evidentemente se ignoran o hay una falla para integrar las experiencias de éxito que contradigan la visión negativa de uno mismo (ibid).

Respecto a la desesperanza en particular, algunos estudios han encontrado que los niños deprimidos muestran mayores niveles de desesperanza y también una mayor tasa de pensamientos incontrolados negativos. Se estima que más de la mitad (55%) de los adolescentes deprimidos están afectados por este tipo de pensamientos. Los niños

deprimidos, con su característico estilo atributivo, creen que los acontecimientos positivos se deben a factores externos mientras que los negativos ocurren a causa de factores internos; esto, naturalmente, les sume en la desesperanza (Del Barrio, 1997).

En niños con mayores niveles de desesperanza se reporta un aumento del comportamiento de alejamiento, un humor más negativo y niveles más bajos de adaptabilidad a su ambiente que aquellos niños con menores niveles de desesperanza. Si bien la relación entre la desesperanza y la expresión de la ira en niños y adolescentes no ha sido examinada, en la literatura del suicidio se ha asociado en el enojo con el comportamiento suicida en jóvenes (Kashani, Suarez, Allan y Reid, 1997).

En el estudio realizado por Kashani (Kashani et al, 1997) se encontró, que los niños y adolescentes con altos niveles de desesperanza, en comparación con aquellos con niveles bajos en la misma categoría: a) mostraban una actitud más desafiante, hirientes hacia ellos mismos y los demás y exhibían comportamientos socialmente inadecuados; b) tendían a expresar su ira abierta y agresivamente, sin considerar alternativas menos impulsivas; c) percibían que sus familias, sus pares y los demás les proporcionaban poco apoyo y generalmente se mostraban insatisfechos con la naturaleza y el grado de apoyo percibido, y d) mostraban una tendencia a sentir una serie de emociones negativas, tales como vergüenza, miedo, culpa y hostilidad; en contraste, tendían a no experimentar emociones positivas tales como interés y alegría.

Kashani et al (1997) sugiere que los niños y adolescentes con mayores niveles de desesperanza pueden mostrar comportamientos poco cooperativos, desafiantes y ofensivos para los demás, incluyendo el desobedecer o problemas para seguir reglas, el faltar a clases, llegar tarde a la escuela, rehusarse a tomar turnos o compartir, hacer trampa, etc., los cuales pueden provocar reacciones negativas de parte de los demás, que pueden perpetuar la actitud pesimista que poseen acerca de sus ambientes, así como afectar negativamente el grado de apoyo social que reciben. La diferencia de edad, es un factor de interés en este estudio, puesto que se encontró que, los preadolescentes puntúan más alto en la desesperanza que los adolescentes.

La desesperanza es un importante aspecto de la depresión tanto como una característica común del síndrome depresivo como factor etiológico (Young et al, 1996). Dentro de la teoría de la desesperanza de la depresión se establece que: a) la desesperanza es considerada como una causa suficiente de los síntomas de depresión por desesperanza y b) la desesperanza es considerada como vía común para todas las demás causas de la teoría. Así, supone que los estilos atributivos y otras variables etiológicas propuestas, contribuyen con los síntomas depresivos a través de la operación de la desesperanza (Metalsky, Joiner, Hardin y Abramson, 1993).

Kadzin y colaboradores (1986) sostienen que a medida que los aspectos cognitivos de la depresión son más evidentes en los niños, se esperaría que la desesperanza se relacionase con la depresión y la autoestima. Más allá de un modelo cognitivo, la desesperanza

también debe estar relacionada al comportamiento social. Es probable que la desesperanza y la autoestima negativa estén asociadas con el aislamiento social, resultando en parte por la insignificancia percibida, el desamparo y la falta de confianza en los encuentros sociales. Las interacciones sociales limitadas con otros posiblemente favorecen un reforzamiento social disminuido, aislamiento o carencia de las respuestas de aproximación de parte de los otros y, en forma recíproca, una posterior retirada social (Kadzin et al, 1986).

4.3.1. Teoría Cognitiva de la Depresión, según el Modelo de A. Beck

Beck (1976) hace relevante la presencia de la desesperanza como una característica común en la depresión, señala a la depresión como un desorden afectivo, en donde la sintomatología está estrechamente vinculada a un estado emocional, y hay una renuncia a de objetivos principales de la vida, la eliminación de sentimientos de afecto ó enojo y en ocasiones el deseo de morir.

Este autor da importancia a las autocríticas, la visión negativa del mundo y la pérdida de respuestas de alegría y enojo en pacientes deprimidos y no sólo a los síntomas fisiológicos. Considera que existe un problema cognitivo, en el que se muestra una visión negativa del mundo, un concepto negativo de sí mismo y una apreciación negativa de su futuro (triada cognitiva). Lo que induce a la persona a tener una visión negativa de sí misma, se siente defectuoso ó inadecuado (baja autoestima); con tendencia a interpretar las experiencias propias en forma negativa, realizando interpretaciones y conclusiones negativas de sus experiencias (atribuciones negativas), con una visión negativa del futuro asumiendo que las adversidades que experimentan en el presente continuarán permanentemente (desesperanza).

En pacientes deprimidos existe una constante e intensa sensación de pérdida aún cuando no sea real, las experiencias estresantes y traumáticas vividas por las personas deprimidas los hacen tendientes a sobregeneralizar y a sobrereaccionar ante condiciones análogas posteriores en su vida.

Beck (1990) señala que la interpretación que hagan los pacientes deprimidos de sus experiencias están moldeadas por creencias absolutas tales como: “No valgo nada”, “No puedo hacer nada correctamente” y “No soy digno de ser amado” así mismo sugiere que estas creencias son formadas en etapas tempranas de la vida quedan fijas en el esquema cognitivo, y se relacionan con el temperamento del niño y los estilos de educación a los que son sometidos (cit. Del Barrio, 1997).

Williams (1995) señala algunas características de estos “errores lógicos sistemáticos” en el pensamiento de los individuos deprimidos, tomando como base las teorías cognitivas de la depresión:

- Inferencia arbitraria: se hacen conclusiones careciendo de evidencia.
- Magnificación: se exagera el significado de un evento.
- Abstracción selectiva: se deja de considerar una parte importante de algún aspecto de una situación de la vida.
- Sobregeneralización: se toma un incidente como una falla ó como un signo de incompetencia total.
- Personalización: el paciente considera que las cosas negativas le ocurren sólo a él.
- Razonamiento dicotómico: sobresimplificando los eventos a una percepción tal como bueno y malo, todo ó nada.

Beck (1976) definió esquema cognitivo como “una estructura para la selección, codificación y evaluación de los estímulos provenientes de la realidad externa, señala que en el caso de los pacientes deprimidos, estos se vuelven impermeables a eventos favorables, tienen la firme creencia de que es inútil intentar cualquier cosa porque no resultara, se bloquean a sentimientos de felicidad, así mismo son incapaces de experimentar enojo por considerarse responsables y merecedores de todo lo malo que les suceda incluyendo acciones agresivas de los demás. Su estado emocional es de resignación y tristeza, usualmente llegando a la apatía (ausencia de emociones), es decir, la persona se siente incapaz de sentir emociones y se interpreta a sí mismo como “muerto por dentro”.

Al respecto, Cerezo afirma que " no todos los niños maltratados desarrollan los mismos problemas", pero existe cierto patrón cognitivo característico del niño maltratado. El niño víctima de malos tratos percibe que, en la situación en la que vive, los resultados positivos son muy improbables y los negativos muy probables y que él nada puede hacer para cambiar el resultado. Esta situación de **indefensión** se corresponde con el modelo de desamparo aprendido de Abramson, Seligman y Teasdale (1987), por lo que el niño maltratado realizará atribuciones negativas, pensará que es el responsable de las cosas negativas que le suceden y que es incapaz de controlar esa situación, lo que desarrollará sintomatología depresiva. Unos padres no accesibles, insensibles a sus demandas, que le rechazan, harán que el niño perciba a los demás como no accesibles y se vea a sí mismo incapaz de lograr el contacto y no merecedor de atenciones. Esto afectará a su conducta, a la percepción de sí mismo y de los demás, lo que generará sentimientos de poca autoestima e inseguridad y dificultará las relaciones interpersonales. Estos niños se dirían a sí mismos algo como: " No valgo, soy malo, no puedo hacer nada para cambiar la situación que vivo...". Pensará que el mundo es peligroso, lo que generará esquemas de desconfianza básica. Habrá aprendido a defenderse de forma violenta y tenderá a agredir o rechazar a otros.

MÉTODO

Planteamiento del Problema

En el estudio realizado por Jansson (1995) refiere que las consecuencias de la institucionalización en el niño dependen de factores tales como, edad, duración del conflicto afectivo, nivel económico y cultural de la familia, relación con la madre, características psíquicas y el temperamento; además de estas características, comúnmente los niños pertenecientes a Casas Hogar (SNDIF) son referidos a estas instituciones por haber padecido algún tipo de maltrato.

Así, una de las secuelas más frecuentemente citadas dentro de la literatura de ambos fenómenos (maltrato y institucionalización) es la sintomatología depresiva en quienes han padecido rupturas, separaciones, pérdidas y fragilidad en sus primeros vínculos, y de forma simultánea sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional. Estas situaciones las perciben quienes las enfrenan como eventos incontrolables, los cuales no pueden ser cambiados por ningún tipo de respuesta, en otras palabras: haga lo que haga el niño, no habrá de modificar lo que él obtenga (Padua, 1985); esto es lo que muchos autores han denominado “desesperanza”, “incapacidad aprendida”, “indefensión aprendida”, en la cual se tiene una tendencia a “vivir en el futuro”, interpretar la experiencia no sólo en términos de lo que el evento significa ahora mismo, sino también en términos de sus posibles consecuencias. Los pacientes deprimidos presentan una especial inclinación a experimentar las adversidades futuras como si estuviesen pasando en el presente o ya hubieran ocurrido. Otra fuente de la desesperanza proviene del autoconcepto negativo del deprimido, ya que considera que la supuesta deficiencia es una parte integral de sí mismo, el individuo tiende a pensar que es permanente (Beck, 1976).

A partir de la supuesta existencia de depresión en niños que se encuentran bajo la custodia de alguna institución, en la cual, su ingreso fue debido a una denuncia de maltrato, consideramos que el nivel de depresión y desesperanza pueden variar dependiendo el tipo de maltrato, sexo y tiempo de institucionalización; por lo anterior se plantean las siguientes *preguntas de investigación*:

¿Existirán diferencias en el nivel de depresión y desesperanza de niñas y niños institucionalizados en función del tipo de maltrato que han padecido y del tiempo de institucionalización?

¿Existirá relación entre el nivel de depresión y el nivel de desesperanza de niñas y niños institucionalizados?

Hipótesis

H1: Sí existe depresión en niños y niñas institucionalizados.

H2: Sí existe desesperanza en niños y niñas institucionalizados.

H3: Sí existe relación entre el nivel de depresión y el nivel de desesperanza de niñas y niños institucionalizados.

H4: Sí existe relación entre las áreas del CDI (estado de ánimo; problemas interpersonales; ineffectividad; anhedonia y autoevaluación negativa) y el EDN

H5: Sí existe relación entre el sexo, tipo de maltrato y tiempo de institucionalización, y los niveles de depresión.

H6: Sí existe relación entre el sexo, tipo de maltrato y tiempo de institucionalización, y los niveles de desesperanza.

Hipótesis Nula

H0a: No existe depresión en niñas y niños institucionalizados.

H0b: No existe desesperanza en niñas y niños institucionalizados.

H0c: No existe una correlación entre el nivel de depresión y el nivel de desesperanza de niñas y niños institucionalizados.

H0d: No existe relación entre las áreas del CDI (estado de ánimo; problemas interpersonales; ineffectividad; anhedonia y autoevaluación negativa) y el EDN

H0e: No existe una correlación entre el sexo, tipo de maltrato y tiempo de institucionalización, y los niveles de depresión.

H0f: No existe una correlación entre el sexo, tipo de maltrato y tiempo de institucionalización, y los niveles de desesperanza.

Variables

Variable Atributiva:	Institucionalización
Variable Independiente:	Tiempo de institucionalización
	Tipo de maltrato
	Maltrato físico
	Abuso sexual
	Abandono
	Sexo
Variable Dependiente:	Depresión
	Desesperanza

Definición Conceptual de Variables

Institucionalización: Se puede entender como la permanencia dentro de lugar de residencia y trabajo, en donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente (Goffman, 1972), la cual puede ser de carácter público o semipúblico, en la práctica es un marco físico abierto o cerrado, dotado de un equipo multiprofesional especializado en prestar cuidados a los niños desde todos los niveles necesarios para favorecer un desarrollo físico, psíquico y social (Zahonero, 1995 citado en Casado et al, 1997).

Tiempo de institucionalización: Periodo de tiempo en que se encuentra interno un individuo dentro de una institución.

Maltrato físico: Por maltrato físico se considera cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño, o le coloque en grave riesgo de padecerlo (Loredo, 1990).

Abuso sexual: El abuso sexual, se define como cualquier clase de contacto o actividad sexual con un menor realizado desde una posición de poder o autoridad sobre aquel. Incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de órganos sexuales a un niño. El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual.

Abandono: Por abandono físico o negligencia se considera toda situación en la que las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo en el que convive el niño. Estas necesidades básicas hacen referencia a la alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, supervisión y vigilancia, condiciones higiénicas y seguridad en el hogar y aspectos educativos.

Según la definición de Santamaría (1993) el maltrato por negligencia “ es la omisión de cuidados y supervisión esenciales para la vida del niño sin la presencia de agresión física asimismo la negligencia es el fracaso en la realización de las responsabilidades o deberes”.

Sexo: La anatomía ha sido una de las más importantes bases para la clasificación de las personas, tenemos dos géneros que corresponden a los machos y a las hembras de la especie: el masculino y el femenino, en este sentido fue concebida la noción de género desde el punto de vista biológico (Beach, 1974), la cual sólo diferenciaba el ser hombre o mujer desde el aspecto anatomo-fisiológico.

Depresión: Desorden psicológico que involucra sentimientos intensos de tristeza, falta de energía y sentimientos de desamparo y desesperanza (Baron, 1996).

Niveles de depresión: Sin sintomatología Depresiva; Depresión Leve y Depresión Severa.

Desesperanza: Sentimientos de desamparo que se desarrollan después de la exposición a situaciones en que nada de lo que los individuos hagan afecta los resultados que obtienen (Baron, 1996).

Definición Operacional

Institucionalización: Niños y niñas que se encuentren institucionalizados dentro de Casas Hogar para Niñas y Centro Nuevo amanecer (casa para varones) del DIF.

Tiempo de institucionalización: Se crearon grupos, en los cuales se seleccionaron niñas y niños que han permanecido a) de 1 mes a 1 año; b) de 1 año 1 mes a 3 años y c) de 3 años 1 mes a 5 años y d) 5 años en adelante, dentro de la institución.

Maltrato físico: Niños y niñas que sus expedientes refirieron este tipo de maltrato.

Abuso sexual: Niños y niñas que sus expedientes refirieron este tipo de maltrato.

Abandono: Niños y niñas que sus expedientes refirieron este tipo de maltrato.

Sexo: Hombre – mujer

Depresión: Calificación obtenida del Inventario de Depresión para niños (CDI) de Kovacs, 1992.

Desesperanza: Calificación obtenida en la prueba de Escala de Desesperanza para Niños (EDN).

Muestra y sujetos

Para la realización de esta investigación se llevó a cabo un muestreo de selección no probabilístico de carácter intencional, el cual estuvo conformado por dos grupos con base en criterios de inclusión y exclusión establecidos para cada uno de ellos.

El grupo 1 estuvo integrado por 32 niñas internas en una Institución en la cual se encuentran albergadas por situación de maltrato y en la cual han permanecido institucionalizadas en un período de: 1 mes a 11 años. El grupo 2 se integró por 28 niños que han permanecido institucionalizados, por un periodo de 1mes a 11 años.

Criterios de inclusión: Niños y niñas de 8 a 12 años que se encuentren institucionalizados en Casas Hogar para Niñas y Centro Nuevo Amanecer (Casa Hogar para Varones), quienes a través de su historia (clínica / personal) refirieron algún tipo de maltrato.

Criterios de exclusión: Niñas y niños que presentaron datos de organicidad o deficiencia mental referidos en sus expedientes.

Instrumento

Children's Depression Inventory (CDI)

Autor: Kovacs, María (USA, 1992)

Edad de aplicación: 7 – 17 años

Número de ítems: 27

Objetivo: Detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo.

El CDI permite discriminar entre los niños con diagnóstico de depresión mayor o trastorno distímico y aquellos que no poseen un trastorno depresivo. Es sensible a los cambios en el nivel de depresión a lo largo del tiempo y es aceptable como indicador de la severidad del trastorno. El cuestionario recoge una amplia gama de síntomas depresivos como son las alteraciones del humor, la capacidad hedónica, las funciones vegetativas, la autoevaluación y otras conductas interpersonales. Algunos ítems están relacionados con las consecuencias funcionales de la depresión en contextos que son relevantes para el niño (Kovacs, 1983; citado en Polaino-Lorente, 1988).

El cuestionario consta de 27 ítems, cada uno con tres posibles respuestas alternativas, de entre las cuales el niño debe señalar la que mejor describa su estado de ánimo en las dos últimas semanas. Los reactivos permiten medir los síntomas depresivos en un rango de 0 a 2; en el valor 0 corresponde a la ausencia del síntoma, el valor 1 a una respuesta leve del síntoma y el valor 2 se refiere a una presencia grave del síntoma. Aproximadamente en el 50% de los ítems la primera alternativa refleja la máxima patología; en el resto, el orden de las alternativas ha sido invertido.

Las puntuaciones del cuestionario se convierten a puntajes T, y se interpretan de acuerdo a la siguiente tabla:

Guía de interpretación para puntajes T

Puntajes T	
Por arriba de 70	Superior
66 a 70	Muy por encima de la media
61 a 65	Por encima de la media
56 a 60	Ligeramente por encima de la media
45 a 55	Media
40 a 44	Ligeramente por debajo de la media
35 a 39	Por debajo de la media
30 a 40	Muy por debajo de la media
Por debajo de 30	Inferior

Los ítems se agrupan de acuerdo a cinco categorías:

- a) Estado de ánimo: reactivos 1, 6, 8, 10, 11, 13.
- b) Problemas interpersonales: reactivos 5, 12, 26, 27.
- c) Inefectividad: reactivos 3, 15, 23, 24.
- d) Anhedonia: reactivos 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.
- e) Autoevaluación negativa: reactivos 2, 7, 9, 14, 25.

El CDI fue diseñado para la aplicación individual, aunque también se puede administrar colectivamente cuando se trata de niños normales. En función de la problemática que presente el niño, el administrador de la prueba decidirá si es conveniente o no leerle los ítems. En el caso de niños sin dificultades de lectura y con buena comprensión, pueden responder la prueba por sí solos.

Escala de desesperanza para Niños (EDN)

Es un inventario de 17 reactivos, en cada uno de los cuales el niño identifica como cierto ó falso para sí mismo. La dirección de las respuestas para los reactivos varía de acuerdo a los reactivos, esto es, algunos de ellos (9) reflejan la desesperanza si la respuesta es cierta, los reactivos son: 2,8, 9,10,12,13,14,15, 17, mientras que otros (8) lo hacen si la respuesta del niño es falsa, los reactivos están ubicados en los números siguientes: 1,3,4,5,6,7,11,16. Kadzin et al (1986).

Los ítems se agrupan de acuerdo a tres factores:

1. Expectativas de fracaso en el futuro: 12, 10, 14 y 17
2. Expectativas negativas hacia el futuro: 9, 15, 2 y 3
3. Expectativas positivas hacia el futuro: 7, 4, 1, 8 y 16

Tipo de estudio

Expost-facto (las variables independientes no son manipuladas, ya están dadas), transversal (realización de una sola medición con diferentes edades) y prospectivo.

Diseño de Investigación

La investigación se basó en un diseño cuasiexperimental (se mide la repercusión del evento que ocurre en forma natural, el cual se supone afecta la vida de la persona), de 2 muestras independientes (2 grupos: niños y niñas;) con dos mediciones (depresión y desesperanza).

Análisis de Datos

Para conocer las diferencias entre niños y niñas se utilizó la prueba de U de Mann Whitney; se utilizó la prueba de Kruskal Wallis para conocer las diferencias entre depresión y desesperanza de acuerdo al tipo de maltrato (maltrato físico, abandono y abuso sexual); por medio del análisis de regresión se observó si las variables: sexo, tipo de maltrato y tiempo de institucionalización influían en el nivel de depresión y desesperanza y a través del análisis de varianza cuál de ellas era la que tenía mayor repercusión.

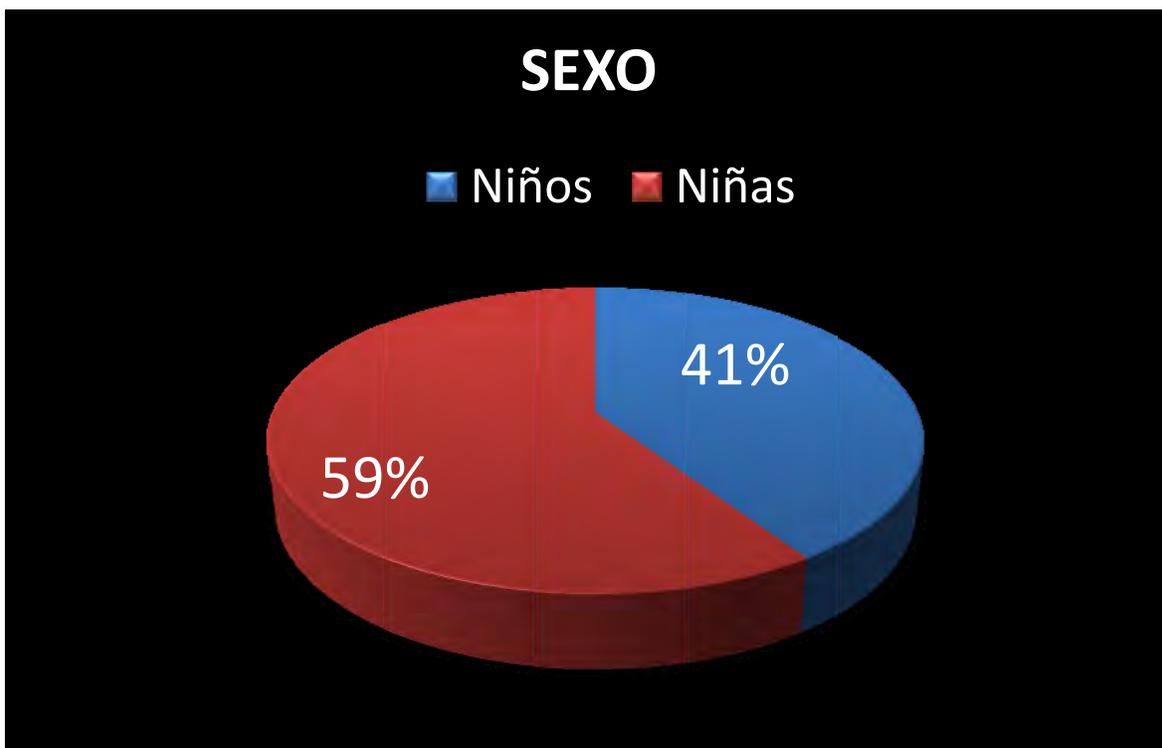
RESULTADOS

El análisis estadístico fue realizado mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows vista.

Características generales de la muestra

La muestra estuvo conformada por 60 sujetos institucionalizados, de los cuales 32 son niñas y 28 niños [Gráfica 1] pertenecientes a Casa Hogar Niñas y Centro Amanecer respectivamente, ambos dependencias del DIF.

Gráfica 1



En la **tabla 1 y 1.1** se pueden observar las medias obtenidas para la muestra total, para el grupo de los niños y el grupo de las niñas respecto a la edad, escolaridad, tiempo de institucionalización tipo de maltrato y el diagnóstico obtenido en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).

El rango de edad que presenta la **muestra total** es de 8 a 13 años, con una **media 10.2**; lo que se puede apreciar en la tabla 1 es que las **niñas** presentan una media de **10.5 años** y los **niños** de **9.7** años.

Niños y niñas se encuentran cursando la primaria entre el 2° al 6° grado y presentan un promedio de escolaridad fluctuante entre el 3° y 4° grado.

Los niños y niñas han permanecido desde 1 mes hasta 11 años **dentro de una institución**, siendo la media de la **muestra 2.9 años**; para los **niños 3.3** y para las **niñas 2.6 años** [ver gráfica2].

El abandono y el maltrato físico son los tipos de maltrato más frecuentes dentro de esta muestra, tanto para los niños como para las niñas; y la mayoría no presenta sintomatología depresiva.

Tabla 1

TABLA DE MEDIAS					
	EDAD	ESCOLARIDAD	TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN	TIPO DE MALTRATO*	Dx CDI**
MUESTRA TOTAL	10.20	3.85	2.90	1.92	1.33
NIÑOS	9.72	3.90	3.31	1.90	1.31
NIÑAS	10.53	3.81	2.60	1.93	1.34

*1 Abandono; 2 Maltrato Físico; 3 Abuso sexual y 4 M. Físico y Abandono

**1 Sin sintomatología depresiva; 2 Depresión Leve y 3 Depresión Severa

Tabla 1.1

TABLA DE MEDIAS					
	EDAD	ESCOLARIDAD	TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN	TIPO DE MALTRATO*	Dx CDI**
MUESTRA TOTAL	10.20 Años	3° y 4° Primaria	2 Años – 9 Meses	Abandono y Maltrato Físico	Sin Sintomatología Depresiva
NIÑOS	9.72 Años	3° y 4° Primaria	3 Años 3 Meses	Abandono y Maltrato Físico	Sin Sintomatología Depresiva
NIÑAS	10.53 Años	3° y 4° Primaria	2 Años 6 Meses	Abandono y Maltrato Físico	Sin Sintomatología Depresiva

Respecto al tiempo de estancia dentro de las instituciones [gráfica 2] dado que varía de 1 mes a 11 años, para fines prácticos se utilizaron 4 rangos de tiempo: a) 1 mes a 1 año; b) 1 año 1 mes a 3 años; c) 3 años 1 mes a 5 años y d) 5 años 1 mes en adelante. Tal como lo indican las siguientes gráficas para la muestra total y por sexo: niñas gráfica 3 y niños gráfica 4.

Gráfica 2



Gráfica 3

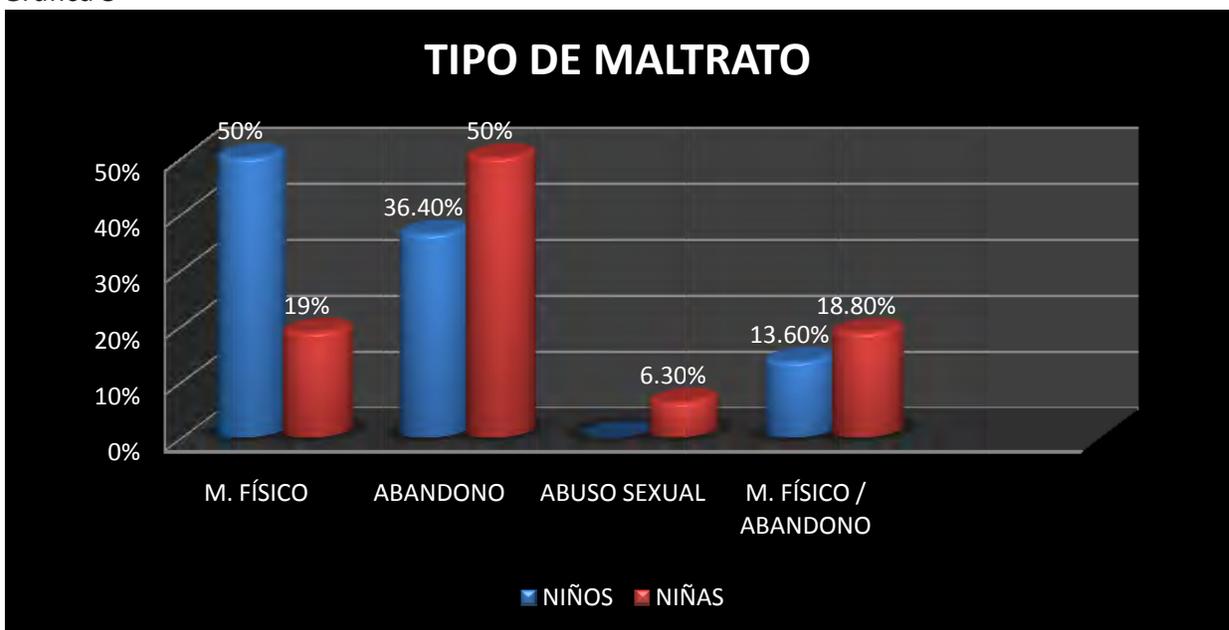


Gráfica 4



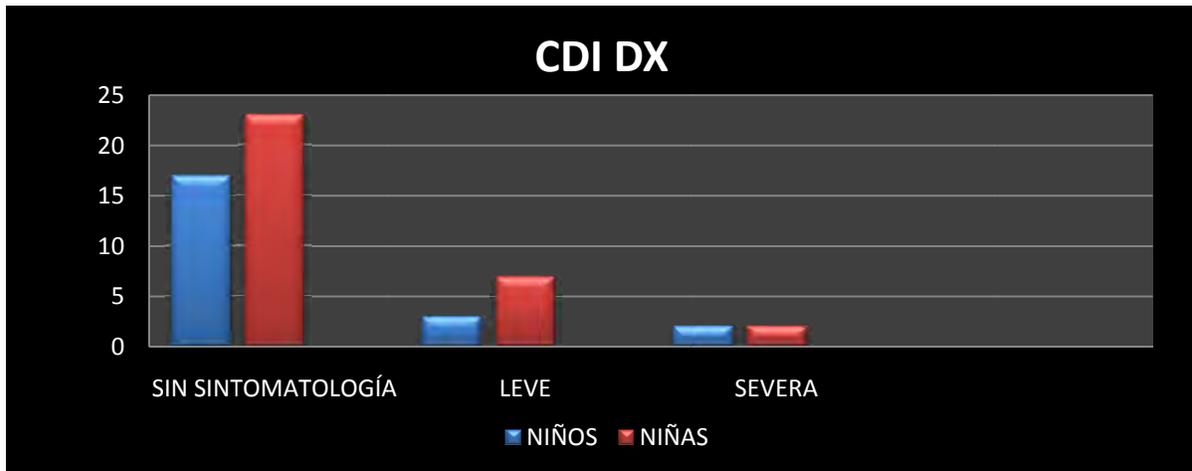
En cuanto a los tipos de maltrato reportados con mayor frecuencia por la Institución (SNDIF) son el maltrato físico, el abandono y el abuso sexual, de los cuales el maltrato físico es el más constante en la población masculina (**50%**) y en la población femenina el abandono ocupa el primer lugar. El abuso sexual solo se reporta en las niñas, sin embargo los tipos de maltrato no son independientes, puede haber una combinación de ellos, en este caso maltrato físico y abandono. [gráfica 5].

Gráfica 5



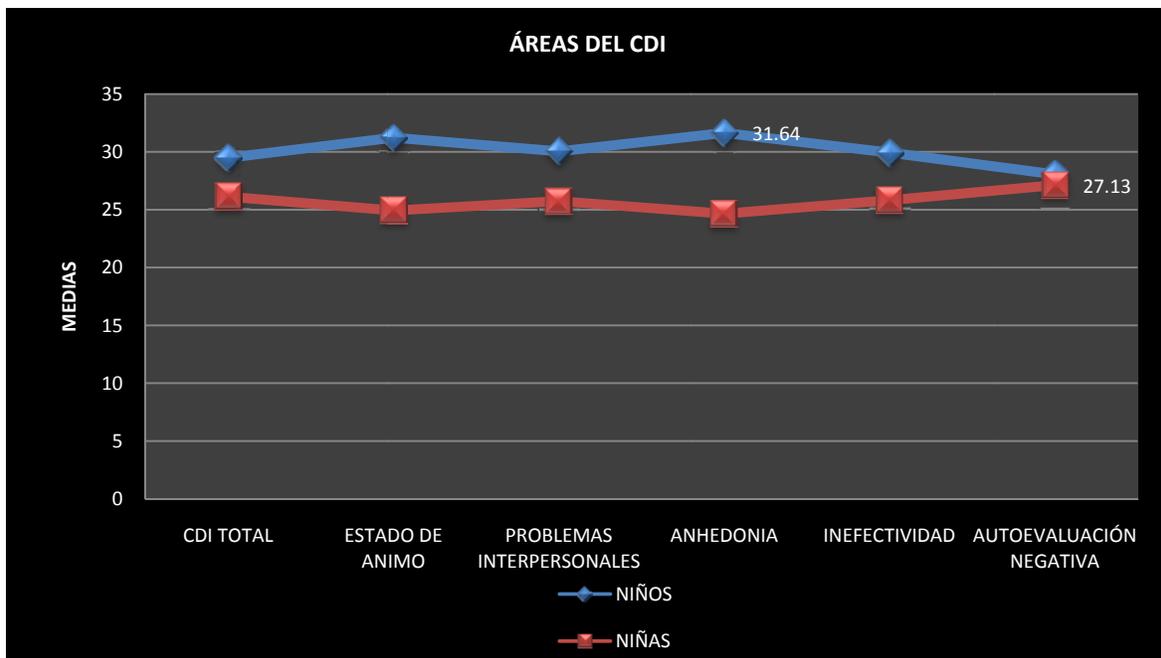
En los resultados del CDI se observó que la mayoría de la población no presenta sintomatología depresiva, el 22% de las niñas presenta una depresión leve y el 6% severa; mientras el 13.6% de los niños muestra depresión leve y el 9% severa [gráfica 6].

Gráfica 6



Por otra parte, referente a las áreas que evalúa el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) las medias fluctúan entre 24.66 y 31.64, en general se puede observar que las puntuaciones de los niños son ligeramente más elevadas. En el área de anhedonia los niños presentan una media de 31.64, siendo esta la puntuación más alta del grupo, mientras que en el grupo de las niñas la puntuación más alta se presenta en el área de autoevaluación negativa con una media de 27.13 [gráfica 7], por lo que se podría determinar que, cualitativamente, los niños presentan mayor depresión que las niñas.

Gráfica 7



Referente a las diferencias entre el nivel de depresión (CDI Total) y las áreas que abarca el CDI y la desesperanza; se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto se acepta la H0. (Tabla 2)

Tabla 2

	CDI TOTAL	EDO. ANIMO	PROBLEMAS INTERPERSONALES	ANHEDONIA	INEFECTIVIDAD	AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA	EDN TOTAL
Mann-Whitney U	308.00	270.00	296.00	261.00	298.50	340.00	336.00
Z	-.777	-1.477	-1.026	-1.618	-.974	-.216	-.285
Sig.	.437	.140	.305	.106	.330	.829	.776

Para probar que existe una relación entre el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y Escala de Desesperanza para niños (EDN) se procedió a realizar un análisis correlacional de Pearson. En la tabla 3 también se puede observar la relación entre el puntaje total del CDI con el puntaje total del EDN y estos a su vez con cada una de las áreas que conforman el CDI.

Tabla 3

		CDI TOTAL	EDN TOTAL	ESTADO DE ANIMO	PROBLEMAS INTERPERSONALES	INEFECTIVIDAD	ANHEDONIA	AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA
CDI TOTAL	Sig.							
EDN TOTAL	Sig.	0.284*						
		0.038						
ESTADO DE ANIMO	Sig.	0.727**	0.185					
		0	0.181					
PROBLEMAS INTERPERSONALES	Sig.	.621**	.301*	.352**				
		0	0.027	0.009				
INEFECTIVIDAD	Sig.	.756**	.293*	.409**	.466*			
		0	0.032	0.002	0			
ANHEDONIA	Sig.	0.721**	0.132	.429**	.363**	.427**		
		0	0.341	0.001	0.007	0.001		
AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA	Sig.	.739**	0.370**	.415**	.519**	0.628**	.308*	
		0	0.006	0.002	0	0	0.023	

*Correlación es significativa en el nivel 0.05

**Correlación es significativa en el nivel 0.01

Debido al número de casos y a la escala de medición ordinal se realizó un análisis de varianza no paramétrico en el cual se utilizó una prueba de Kruskal-Wallis, con la finalidad de comparar si por el tipo de maltrato existen diferencias significativas en los niveles de depresión y desesperanza. (Tabla 4)

Tabla 4

	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
CDI TOTAL	14.0926	6.61978
EDN TOTAL	5.8148	2.54079
PROBLEMAS INTERPERSONALES	1.2593	1.32017
INEFECTIVIDAD	2.8704	1.59061
ANHEDONIA	4.9074	2.53480
AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA	2.7037	1.84932
MALTRATO	1.9231	1.09984

En cuanto a puntuaciones de Desesperanza y de Depresión, se comprobó que en sus diferentes áreas no existe ninguna diferencia significativa respecto al tipo de maltrato por lo que se acepta la hipótesis de nulidad. Así mismo se puede observar que no hay diferencias en los niveles de Depresión y Desesperanza en cuanto al tipo de maltrato. (Tabla 5)

Tabla 5

	CDI TOTAL	EDN TOTAL	PROBLEMAS INTERPERSONALES	INEFECTIVIDAD	ANHEDONIA	AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA
Chi-Square	2.308	1.931	3.231	1.996	.556	4.013
df	3	3	3	3	3	3
Sig.	.511	.587	.357	.573	.906	.260

Se realizó un análisis de regresión utilizando como variables predictoras: el tipo de maltrato, tiempo de institucionalización y sexo, para saber si alguna de ellas influye en los niveles de depresión.

Encontrándose que existe una relación de .25 con una R2 de .065 que explica el 6.5% de la varianza con una F de 1.110 y una significancia de .354, lo que indica que el tipo de maltrato, el sexo y el tiempo de institucionalización no influyen en los niveles de Depresión por lo tanto aceptamos la hipótesis de nulidad. (Tabla 6)

Tabla 6

MODELO	R	R SQUARE	F	SIG.
1	.255	.065	1.110	.354

Para saber si el tipo de maltrato, el tiempo de institucionalización y sexo influyen en los niveles de desesperanza se realizó un análisis de regresión. En el cual se encontró una relación de .44 con una R square de .195 lo cual explica el 19.5% de la variabilidad con un valor de F de 3.866 y una significancia de .015 indicando que estas variables influyen en el nivel de desesperanza de manera significativa, lo que nos lleva a aceptar la hipótesis alterna. (ver tabla 7).

Tabla 7

MODELO	R	R SQUARE	F	SIG.
1	.441	.195	3.866	.015

Buscando cuál de las variables explica de mejor forma la desesperanza, se revisó el modelo que proporciona el análisis de regresión, encontrándose que la variable que influye de manera significativa en la desesperanza es el tiempo de institucionalización; puesto que presenta una *t* de -3.093 y una Sig. de .003, esto indica que a mayor tiempo de institucionalización mayor desesperanza. (tabla 8)

Tabla 8

MODELO	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1	6.887	1.185		5.813	.000
SEXO	.696	.673	.136	1.034	.306
TIEMPO	-.540	.175	-.411	-3.093	.003
MALTRATO	-.280	.303	-.121	-.926	.359

DISCUSIÓN

DEPRESIÓN – MALTRATO

De acuerdo con la literatura revisada Cicchetti y Barnett (1991) identifican cuatro categorías de maltrato en la infancia (maltrato emocional, maltrato físico, abandono y abuso sexual) que se informan con frecuencia en los historiales de desarrollo de los pacientes con depresión de inicio temprano así como factores adicionales asociados con las condiciones de la temprana infancia de los pacientes con depresión crónica, dentro de los cuales se incluyen la carencia de un hogar y residencia en un albergue; antecedentes de depresión materna que condujeron a cuidado parental inconsistente y por último la separación de los padres a edad temprana. Considerando los factores antes mencionados, en la presente investigación se pretendió hacer una detección de depresión infantil en niños institucionalizados, por tratarse de una población en quienes dentro de su historia de vida se encuentran presentes varios factores predisponentes de depresión; sin embargo los datos encontrados se contraponen a las expectativas iniciales, es decir, la muestra de niños institucionalizados a causa de maltrato en cualquiera de sus modalidades y consecuentemente separado de sus padres, en su mayoría no presenta sintomatología depresiva (esto corresponde a los datos obtenidos través de la aplicación del Inventario de Depresión Infantil CDI); encontrándose sólo un mínimo de casos de Depresión Leve y Depresión Severa.

Cabe mencionar, que, si bien los niños de la muestra no presentó aún un diagnóstico de depresión no están exentos de desarrollarla, puesto que siguen siendo una población vulnerable debido a su exposición a situaciones de maltrato. Los efectos del maltrato en la conducta del niño se manifiestan conductualmente dependiendo de la modalidad del maltrato; en el caso de maltrato físico puede presentar conductas contradictorias y extremas como retraimiento, baja autoestima, sentirse rechazado y con recelo del contacto con sus padres y otros adultos; en el caso de abandono físico o negligencia se muestra desconfianza y manifiesta pesimismo. El maltrato emocional es difícil detectar y evaluar, por tanto su existencia es conocida después de que el niño ha estado expuesto de forma crónica a situaciones de este tipo de maltrato, los niños que sufren malos tratos emocionales presentan severos problemas emocionales y conductuales; en cuanto a desórdenes conductuales encontramos retraimiento y conducta antisocial; demuestra extremos conductuales: pasividad o conducta agresiva, se muestra pesimista, ansioso o preocupado con excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad, pobre autoestima, entre otros. En el caso de abuso sexual se ha reportado depresión, conductas agresivas, de desconfianza así como conductas autodestructivas (Martínez, 1993). Este tipo de manifestaciones conductuales coinciden con la sintomatología asociada a la depresión infantil.

Otra de las consecuencias del maltrato infantil, es la aparición de serias dificultades para realizar una de las tareas evolutivas más importantes de los primeros años de la vida: el desarrollo de un vínculo afectivo o apego seguro. Las alteraciones que el maltrato produce en la relación de apego, pueden ser el origen de graves dificultades socio-emocionales a corto y largo plazo.

El niño, desarrolla, a través de la interacción con sus cuidadores primarios, expectativas acerca de la responsividad y disponibilidad de los adultos. Estas expectativas configuran lo que Bowlby (1985) denomina "modelos internos de representación": representaciones mentales del mundo y de la persona en el mundo, a partir de las cuales se perciben eventos, se predice el futuro y se planifican acciones. Estos niños desarrollarán con mayor probabilidad un modelo interno de sí mismo, y de sí mismo en relación con los demás, fundamentalmente negativo derivado del desarrollo de expectativas acerca de los adultos como personas que no responden y no disponibles, de quienes el niño sólo espera el rechazo.

Todos los niños pertenecientes a la muestra estudiada se encuentran separados de sus padres por tiempo indefinido, así como referidos por algún tipo de maltrato, lo cual explica en parte la existencia de una auto evaluación negativa, la que a su vez es un área importante de la depresión (CDI).

Debido a la complejidad del término y los criterios para establecer el diagnóstico de depresión se debe prestar atención a la sintomatología asociada a esta y encontramos que la palabra depresión, cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio (Cantwell, y Carlson, 1987), no implica que exista ninguna enfermedad puede ir desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, experiencia de tristeza, la pérdida de interés o de placer, falta de capacidad de respuesta en condiciones similares, que se utilizan para describir un estado de ánimo disfórico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo.

La depresión más recurrente en la infancia es la depresión reactiva que generalmente viene asociada como una sintomatología que enmascara el cuadro, este tipo de depresión se caracteriza por desencadenarse a partir de un hecho concreto (por ejemplo: abandono, separación de la familia o personas significativas, maltrato) vivido intensamente por el paciente. Puede llegar a ser grave y a comprometer seriamente al paciente ya que varios de sus síntomas se confunden, por ejemplo, Cytryn y Mcknew (1972 en Jiménez, 1995) refieren que la reacción depresiva encubierta presenta síntomas como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos o tendencias delictivas; estos síntomas también pueden variar de acuerdo a la edad: 5-10 años: desinterés por el juego, aislamiento, inseguridad, agresividad, irritabilidad, dificultades escolares, fobia escolar, desesperanza; mayores de 10 años: distimías, sentimientos de culpa, sentimientos de inferioridad, fobias, obsesiones; así como síntomas vegetativos (en todas las edades): trastornos de sueño y de apetito.

El uso de depresión para designar un trastorno no sólo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como en el rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos. De ahí la importancia del trabajo multidisciplinario dentro de la institución para dilucidar la manera en que las limitaciones cognitivas y afectivas propias de cada periodo de la infancia modifican la vivencia y la expresión de las emociones en general Jiménez (1995), para poder establecer un diagnóstico fidedigno y dar el tratamiento adecuado.

No obstante se ha comprobado que la duración de los síntomas depresivos es mayor a la que se pensaba y que éstos tienden a reaparecer; además, los niños que presentaron síntomas depresivos tienen una mayor predisposición a desarrollar en la adultez otros trastornos psiquiátricos asociados a la depresión.

Respecto a los datos epidemiológicos encontrados para esta muestra se destaca lo siguiente:

Los porcentajes de depresión detectados entre la población infantil es alrededor del 8-10%, de acuerdo a numerosas investigaciones (Mann, 2006).

La inteligencia se considera como otra variable, cuyo nivel se correlaciona con cierta sintomatología; es decir, cuando la inteligencia promedio es baja, aparecen síntomas de tipo inhibitorio (pobreza de afectos, poca concentración, dificultades para establecer contacto social, timidez, y sentimientos de inferioridad). En cambio cuando la inteligencia es alta, los síntomas somáticos de tipo psíquico que van de la agitación a la inhibición (irritabilidad, extrañeza, opresión e inquietud interior) y por un síntoma somático característico: la compulsión alimentaria. Y entre los síntomas que pueden ser considerados como indicadores de un mal pronóstico se encuentran la perplejidad, disforia, ensoñación, inhibición del aprendizaje, tentativas suicidas, tristeza vital, inquietud interior y mutismo.

La mayoría de los psiquiatras infantiles afirma que la incidencia de depresión aumenta con la edad. Kashani (Kashani et al, 1997) refiere que la diferencia de edad es un factor de interés en su estudio, puesto que encontró que los preadolescentes puntúan más alto en la desesperanza que los adolescentes.

En cuanto al sexo, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en el nivel de depresión ya que la sintomatología depresiva es similar con excepción de: en hombres; incapacidad para integrarse y agresividad; y en las mujeres el conformismo y buen comportamiento. Cobo (1992) refiere que predomina la consulta de niños varones (60%), sin embargo, otros autores no observan diferencias en la infancia,

a partir de la adolescencia, los casos de depresión aumentan dos veces más en la mujer que en el varón (Cobo, 1992; Mann, 2006), lo cual coincide con los datos encontrados en la correlación entre los niños y niñas prepuberales de esta investigación.

Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (Del Barrio, 1997).

Es más grave y de peor pronóstico en medios familiares en los cuales existe un bajo nivel cultural, asociado con un predominio del empleo de conductas de maltrato. En tales medios, es mayor la existencia de carencia, de rechazo afectivo y malos tratos. En estos ambientes, los chicos “fuertes” tienden a reaccionar mediante trastornos de comportamiento y conductas asociales y predelincuentes; en tanto que los miembros más “débiles” presentan retrasos madurativos e intelectuales, intentos de suicidio y síndromes de retracción y aislamiento social que podrían emparentar con ciertos aspectos de la depresión infantil.

En cuanto a la clase social, algunos autores señalan que se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta.

DESESPERANZA

El concepto de desesperanza ha sido relacionado de manera importante con diversas condiciones psicopatológicas, y más comúnmente, la depresión (Beck et al, 1974; Beck, 1976; Spangler et al, 1993; Alford et al, 1995).

Uno de los datos relevantes, obtenidos del análisis de resultados es, que el tiempo de institucionalización es una variable que influye de manera significativa en la presencia de desesperanza, es decir, a mayor tiempo de permanencia dentro de la institución, mayor desesperanza. Debemos de contemplar en esta situación que el tiempo que llevan estos niños va desde un mes hasta once años, lo que para algunos indica que han estado institucionalizados toda su vida; por ello se debe de dar al niño un contexto real de su situación ya que al paso del tiempo como no sabe con exactitud su situación se crea falsas expectativas y esto trae como consecuencia que sus pensamientos negativos se afiancen aun más y a mayor tiempo que pase en esta situación mayor será la desesperanza. Padua (1985) refiere este efecto debido al internamiento, en el cual se presenta depresión a medida que transcurre el tiempo de permanencia aunque este no llegue a poseer rasgos clínicos además, encontró que uno de los déficit más palpables es el no aprender nuevas tareas

La falta de esperanza o el “darse por vencido” generalmente se ha creído que tiene un impacto negativo en el bienestar psicológico y en la salud física (Everson et al, 1996), y por

otro lado, se ha reconocido la importancia de la esperanza u optimismo desde hace mucho tiempo, definiéndola como aquella cognición afectiva, referida al futuro, basada en eventos deseados y cierta expectativa acerca de la ocurrencia de los mismos (Staats y Stassen, citados en Brackney y Westman, 1992), a su vez, De Angelis (ibid) concluye que “las personas esperanzadas son capaces de atravesar enormes tragedias debido a que comprenden el sufrimiento y han aprendido de él”. Por tanto es preocupante que los niveles de desesperanza en niños institucionalizados se encuentren elevados dado que todos los eventos aversivos que han padecido permanecen vigentes y afectan y/o limitan su desarrollo biopsicosocial.

Estos niños poseen una tendencia a “vivir en el futuro”, interpretar la experiencia no sólo en términos de lo que el evento significa ahora mismo, sino también en términos de sus posibles consecuencias. Los pacientes con desesperanza presentan una especial inclinación a experimentar las adversidades futuras como si estuviesen pasando en el presente o ya hubieran ocurrido. Las predicciones de las personas desesperanzadas tienden a ser sobregeneralizadas y extremas. Dado que valoran el futuro como una extensión del presente, esperan que las privaciones o fallas que experimentan en ese momento continúen permanentemente. Así, el individuo deprimido con desesperanza juzga que, ya que no puede lograr un objetivo importante ahora, nunca lo conseguirá. Otra fuente de la desesperanza proviene del autoconcepto negativo del deprimido, ya que, considera que las deficiencias son parte integral de sí mismo, además el individuo tiende a pensar que es permanente (Beck, 1976). Una de las áreas del CDI más elevadas que presentan los niños es la Anhedonia, la cual es la incapacidad para experimentar placer (Galimberti, 2002); puede ser explicada desde una perspectiva cognitiva como el pesimismo que no solamente engulle al futuro distante, sino que permea cada deseo y cada tarea que el individuo emprende. Las expectativas negativas son tan intensas que incluso cuando logra un éxito en alguna tarea específica, espera fallar la siguiente ocasión. Evidentemente hay una falla para integrar las experiencias de éxito que contradigan la visión negativa de uno mismo (ibid),

Respecto a la desesperanza en particular, algunos estudios han encontrado que los niños deprimidos muestran mayores niveles de desesperanza y también una mayor tasa de pensamientos incontrolados negativos. Una persona está probablemente más deprimida si sus atribuciones por sus fallas y carencias de control son internas (es mi culpa), son globales (en todo soy incompetente) y son estables (siempre seré igual), mientras que sus atribuciones por el éxito son externas (tuve suerte), específicas (en esta situación particular) e inestables (sólo esta vez). Se estima que más de la mitad (55%) de los adolescentes deprimidos están afectados por estos tipos de pensamientos. Los niños deprimidos, con su característico estilo atributivo, creen que los acontecimientos positivos se deben a factores externos mientras que los negativos (maltrato, abandono, rechazo, por ejemplo) ocurren a causa de factores internos; esto, naturalmente, lleva a la desesperanza (Del Barrio, 1997). Deaux (1976) advierte divergencias por sexo evidenciadas desde los primeros años de edad y sugiere divergencias tempranas entre ellos, respecto a la manifestación de su conducta. Este autor comprobó que hombres y

mujeres difieren en términos de las atribuciones que hacen al propio desempeño. Generalmente, los éxitos o fracasos de sus acciones son atribuidos diferencialmente por ambos sexos a factores como habilidad, suerte, esfuerzo o persistencia. Para Deaux, las diferencias indican que las mujeres establecen menos conexiones entre su conducta y los resultados, y demuestran menos expectativas de éxito que los hombres.

La propia desesperanza conlleva a experimentar los acontecimientos partiendo de atribuciones negativas, las que a su vez lleva a estos niños a reafirmar sus pensamientos negativos. Su pensamiento atributivo los lleva a actuar de tal forma que se crea un círculo vicioso, en el cual, por ejemplo, si es una persona que se siente rechazada, se aísla y actúa de manera que los demás lo evitan, esto a su vez crea en él la sensación de rechazo y por ende confirma su idea. Parte del tratamiento debería ser entonces, romper con este círculo de pensamiento con estilo atribucional negativo.

Martin Seligman (1991) en sus investigaciones demuestra que las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tener mejor autoestima y generar acciones más exitosas y, por el contrario, las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas fácilmente frente a la adversidad. Dentro de sus investigaciones, también observó que organismos expuestos a eventos aversivos e incontrolables (en este caso el maltrato y la institucionalización), manifiestan disturbios motivacionales, cognoscitivos y emocionales. El déficit motivacional consiste en el retardo de respuestas voluntarias, reflejándose en la pasividad, lentitud intelectual e inadecuación en las relaciones sociales, produciendo consecuentemente depresión. El déficit cognoscitivo se caracteriza por la dificultad en aprender que las respuestas producen resultados. El déficit emocional es resultante del aprendizaje de que las consecuencias son independientes del responder y se refleja en la disminución afectiva, reducción de agresividad y de la competencia (Abramson Garber y Seligman, 1980).

Glass y Singer (1972) refieren que la desesperanza aprendida o indefensión es un fenómeno real, no pasajero o transitorio por sí mismo, ya que es un aprendizaje estable. En la muestra estudiada se encontraron altos puntajes en este rubro, lo cual resulta preocupante, porque se suma como otro factor precipitante de un cuadro depresivo. Seligman (1973) cree que existen palpables consonancias entre la depresión y la desesperanza aprendida, tanto en sus síntomas como en su prevención y cura. No en cualquier tipo de depresión, sino exclusivamente a la depresión reactiva.

Entre la desesperanza aprendida y la depresión los síntomas que existen en común son: pasividad, un set cognoscitivo pesimista, dificultad de aprendizaje de contingencia entre la conducta y el reforzador. Carencia de agresión en la indefensión, mientras que en la depresión dicha agresión se halla internalizada. La causa en una, es aprender que la respuesta del reforzamiento es independiente; en la otra, que la respuesta es inútil.

Los individuos tienen el deseo y la necesidad de conocer las fuentes de sus experiencias, saber de dónde vienen y como surgen, porque esta atribución les permite comprender su mundo así como predecir y controlar los acontecimientos referentes a él y a los demás (Heider, 1968).

Se debe procurar el respeto a la historia familiar de los menores y la posibilidad de contactar con ella, es decir, en los casos posibles el niño debe recibir visitas de su familia biológica, con la función de mantener la relación y posibilitar a corto o mediano plazo la reinserción familiar. Porque sólo así el niño puede percibir una posibilidad real y no sentir el medio amenazante e incontrolable. Ya que a pesar de la gran sobrecarga emocional y de los sentimientos contradictorios que la mayoría de las veces esto conlleva, la visita materializa una relación y mantiene al niño en lugar de la separación, y no en el de la pérdida, permitiéndole conservar sus orígenes, su historia, y la ilusión (a veces fundamentada de recuperar la convivencia familiar).

Las visitas y contactos familiares deben formar parte del plan integral de intervención con el niño, por los siguientes motivos: dar seguridad al niño, disminuyendo el sentimiento de abandono; observar el grado de implicación de los padres y hacer que estos formen parte de la intervención, a medida que en sus visitas posibiliten habilidades básicas de interacción y comunicación con sus hijos, así como disminuir en los niños fantasías inadecuadas hacia sus familias y dar sentido de realidad.

En resumen Beck (1976) hace relevante la presencia de la desesperanza como una característica común en la depresión. Considera que existe un problema cognitivo, en el que se muestra una visión negativa del mundo, un concepto negativo de sí mismo y una apreciación negativa de su futuro (triada cognitiva). Lo que induce a la persona a tener una visión negativa de sí misma, se siente defectuoso ó inadecuado (baja autoestima); con tendencia a interpretar las experiencias propias en forma negativa (atribuciones negativas), con una visión negativa del futuro asumiendo que las adversidades que experimentan en el presente continuarán permanentemente (desesperanza).

Es por esto que en pacientes deprimidos existe una constante e intensa sensación de pérdida aún cuando no sea real, las experiencias estresantes y traumáticas vividas por las personas deprimidas los hacen tendientes a sobregeneralizar y a sobrerreaccionar ante condiciones análogas posteriores en su vida, estas creencias son formadas en etapas tempranas de la vida y quedan fijadas en el esquema cognitivo.

Si bien la institucionalización per se conlleva ciertas desventajas para cualquier niño (la falta del núcleo familiar, de padres, la separación, culpa generada en él por sentirse responsable de esa situación); afecta tanto la permanencia dentro de la institución, como los factores que condicionaron la institucionalización del niño.

DIFERENCIAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS

Cuando un niño se ve abrumado por los peligros de una vida, en un hogar donde existe abuso o descuido, se obstruye el desarrollo normal debido a que su energía o conducta se dirige a la supervivencia básica, no al crecimiento. El resultado de este último caso es un estancamiento o una incapacidad para prosperar. Estos niños sufren daño debido al estrés constante, en el sentido de que nunca aprenden a tener un afrontamiento adecuado en el mundo social; por tanto son hipervulnerables a reaccionar ante el estrés con una experiencia depresiva de inicio temprano. De acuerdo con Kovacs (1989), los niños deprimidos tienen pocas habilidades sociales y con ello dificultad en el reconocimiento de las consecuencias interpersonales, como lo es la formación de amistades, las relaciones entre iguales y con adultos; estos problemas de adaptación y convivencia deteriorarán la imagen que perciben de sí mismos y con ello su desempeño social.

La mayoría de los pacientes con depresión infantil no recibieron cuidado paterno o socialización adecuados; en consecuencia, no han prosperado desde el punto de vista cognitivo- emocional o conductual. Las experiencias tempranas de maltrato a manos de uno de los padres queda fija y se reproduce con distintas personas en diferentes contextos, dichas experiencias negativas en la infancia continúan preponderando cuando se comparan con aquellas más positivas que van ocurriendo durante la vida. El paciente con depresión construye las experiencias interpersonales actuales como si fueran reproducciones del pasado negativo (Drotar y Sturm, 1991). Esta privación de afecto, característica en niñas y niños institucionalizados trae como consecuencia la incapacidad de entablar relaciones verdaderas, es decir, dar o recibir afecto.

En el periodo comprendido entre los 7 y los 12 años, se da un desarrollo importante en la esfera cognitiva y social del niño; los niños están mejor capacitados para discriminar y describir sentimientos. El niño comienza a formarse un juicio estable sobre sí mismo fundado en su propia evaluación y, como es lógico, sus ideas sobre sí mismos serán influidas por su desempeño académico y social pero, su estado de ánimo y su autoconcepto aún son dependientes de la situación familiar en que se vive. Al respecto, Langer y Benevento (1978) piensan que la desesperanza aprendida es algo muy real, sin embargo, existen otros factores que muchas veces poseen más valía en la pérdida de estima del sujeto (que provoca déficits), como por ejemplo, el ser tachado como de inferior capacidad respecto a otro sujeto de modo consensual. Este proceso, es una inferencia (que hace que el sujeto devaluado por los otros) errónea de la competencia del sujeto surgida de factores interpersonales. Sin embargo, los niños institucionalizados tienen una limitación respecto a las redes sociales lo que ocasiona que los niños que la sufren sean personas muy dependientes de la aprobación de los demás, que necesiten ser reforzados constantemente por terceros, lo cual limita su autonomía y repercute en la forma de relacionarse y enfrentarse a tareas escolares. Este hallazgo se pudo comprobar y observar en el grupo de niñas institucionalizadas en Casa Hogar, ya que puntuaron más alto en el área de problemas interpersonales, ineffectividad y aún más alto en autoevaluación negativa; debido a que en esta edad, la autoestima del niño depende en

gran parte de las respuestas de las figuras parentales o sustitutos, de modo que la desaprobación o el rechazo por parte de ellas tienen efectos devastadores e inhibe el comportamiento que acarreo desaprobación. Rohner y Rohner (1980) refieren que las personas tendemos a percibirnos en función de lo que imaginamos que son las percepciones que los "otros significativos" tienen de nosotros. Si un niño es rechazado por sus padres, probablemente se definirá a sí mismo como una persona indigna que no merece el afecto y el amor; de esta forma, ese niño desarrollará un sentimiento generalizado de autoevaluación negativa, sentimiento que se incluye en una autoestima negativa.

Durante esta etapa, el niño pasa gran parte de su tiempo en la escuela, y el desempeño académico y social adquieren una importancia crucial en el desarrollo. El niño deriva una sensación de competencia y seguridad cuando logra los éxitos esperados en su rendimiento académico y cuando es aceptado y querido por sus compañeros. Cabe hacer mención que los niños institucionalizados tienen un rezago académico respecto a niños de su misma edad, en promedio uno o dos años, lo cual los hace estar en una posición de desventaja e inferioridad en comparación con el resto. Estas aportaciones tienen especial importancia en el caso de la depresión infantil, dada la relevancia que últimamente se le viene dando a la calidad de apoyo social proveniente principalmente del grupo de pares. Se ha visto que hay una relación entre la depresión con factores como no tener amigos, ser rechazado, tener escaso o nula interacción con los compañeros, etc. También los factores relativos a la familia, abuso y maltrato físico y la psicopatología parental son aspectos muy ligados a la depresión infantil. En niños víctimas de maltrato físico se ha encontrado una tendencia a considerar los acontecimientos externos fuera de su control e inevitables. En otros casos se ha encontrado que los niños que han sufrido abuso atribuyen las cosas negativas que les ocurren a factores internos y estables.

En niños con mayores niveles de desesperanza se reporta un aumento del comportamiento de alejamiento, humor más negativo y niveles más bajos de adaptabilidad a su ambiente que aquellos niños con menores niveles de desesperanza. En el estudio realizado por Kashani (Kashani, Suarez, Allan y Reid, 1997) se encontró, que los niños y adolescentes con altos niveles de desesperanza, en comparación con aquellos con niveles bajos en la misma categoría mostraban una actitud más desafiante, hirientes hacia ellos mismos y los demás y exhibían comportamientos socialmente inadecuados.

Furr y Funder (1998) demostró cómo la tristeza y la insatisfacción personal están relacionadas con el comportamiento, la percepción de uno mismo (se perciben a sí mismos menos atractivos físicamente que los niños normales), la reputación social y la manera en como uno es tratado por los demás, lo que apoya el supuesto de Beck, acerca de que una imagen personal negativa es un componente cognitivo importante en la depresión (McCabe y Marwit, 1993). Este estudio demostró también que la actitud negativa hacia uno mismo está muy asociada con las interacciones sociales no adaptativas, conductas que provocan respuestas negativas de otros y una reputación social negativa que deteriora el autoconcepto.

Respecto a los datos encontrados en los niños institucionalizados en el Centro Nuevo Amanecer, se puede observar que las puntuaciones que están elevadas son en el área de anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y el área de estado de ánimo, las cuales tienden a su vez al área de Disforia, la cual es evaluada por el Inventario de Depresión Infantil (CDI), esta área se refiere a la disminución del tono de humor, estado de tristeza y ansiedad acompañada de desconsuelo, ansiedad, irritabilidad y excesiva reactividad a los estímulos. (Dorsch, 1994; Galimberti, 2002). Lo cual refiere que si bien hay un estado de tristeza en el niño este no lo manifiesta de forma pasiva, sino que experimenta cierta irritabilidad, por la cual reacciona defensivamente contra estímulos inespecíficos que les excita más de lo que puede aguantar en cada momento, y por lo general, se traduce en un exceso de comportamiento o de reacción motriz (inquietud, dispersión, intentos de repeler y de esconderse, agresividad).

La irritabilidad es muy común y específica en el niño deprimido. Desde el punto de vista de Cobo (1992), la irritabilidad del depresivo es una defensa de reacción contra la tristeza, una intolerancia corporal contra ésta, una torpe manera de sacudírsela, que pasa por registros físicos, sin prácticamente elaboración mental. Este autor, llama *disforia* a las formas malhumoradas, enfadadas, irritables, irascibles, coléricas, tan frecuentes en la infancia y en la adolescencia; y *distimia* para denominar un trastorno genético del humor que se caracteriza por los cambios resultantes de una inestabilidad intempestiva del ánimo. Mientras que la consecuencia usual de la pérdida es la tristeza, la resignación pasiva demostrada por el deprimido puede conducir a un estado emocional diferente: la apatía. La apatía es experimentada como una ausencia de sentimientos, el paciente puede interpretar este estado como una incapacidad de sentir emociones. En este caso no solo se buscan las experiencias placenteras, sino que se tratan de evitar (Beck, 1976).

Finalmente la función de las instituciones es brindar a los niños cuidado y protección; vigilar que su desarrollo sea en todos los niveles (social, cognitivo, emocional y físico) lo más apegado su edad y contrarrestar los efectos que pudo haber ocasionado el maltrato en las áreas antes mencionadas, para ello es necesario la intervención de un equipo multidisciplinario que vea por el bienestar de estos niños.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El psicoanálisis ha considerado que la pérdida de un objeto bueno (la madre) es la explicación teórica de la existencia de niños deprimidos. Esta pérdida se admite posible por muerte, separación, rechazo y cualquier forma posible de distanciamiento.

Los niños víctimas de maltrato con consecuencias graves como la depresión, que están muy alejados de una familia que se ocupe y pueda observar en ellos síntomas depresivos, las Instituciones a su cargo juegan un papel determinante en la detección y tratamiento que estos niños lleven, dado que precisamente en estos lugares es a donde llegan los niños necesitados de protección y donde se puede observar las consecuencias en el desarrollo que estos tienen.

El impacto del abuso, puede verse potenciado o amortiguado, según múltiples variables: no sólo las más obvias, relacionadas con el tipo, duración o intensidad del maltrato, sino también por las características de la víctima, los recursos y apoyos que tenga, y las propias vicisitudes de su evolución vital.

La institución tiene como misión: atender a niñ@s y adolescentes en sus necesidades biopsicosociales, las 24 horas del día, los 365 días del año, con la aplicación de programas específicos para recuperar la estabilidad emocional, social, cognitiva y física, para favorecer su desarrollo y lograr una mejor calidad de vida. Así mismo, basados en la experiencia, llevar a cabo programas de enseñanza, capacitación e investigación. Sin embargo al no cumplir con ello se cae en el maltrato institucional siendo los responsables directos, al no ofrecen al niño la cobertura idónea de sus necesidades para un correcto desarrollo o no les proporciona el bienestar adecuado, cuando los padres no lo hacen.

Entre la victimización y la teoría de la desesperanza existen algunos fuertes puntos de contacto que permiten hacer el enlace entre dos fenómenos: a) Los dos son eventos incontrolables y aversivos. b) Ambos pueden generar una atribución acerca de futura incontrolabilidad. c) Ambos presentan como resultado síntomas parecidos: efecto deprimido, pasividad, disminución de la agresividad.

El fenómeno de desamparo aprendido pudiera ser un modelo de depresión reactiva de los seres humanos.

Los eventos que reducen la autoestima son: dificultad para mezclarse con otros niños, haber sido molestado por otros niños por períodos largos de tiempo, sentimiento de ser diferente al grupo, sentimiento de no ser deseado por los padres, sentimiento de no ser deseado por nadie y el sentimiento de ser odiado por todos.

Respecto a que "*no todos los niños maltratados desarrollan problemas*", cabe hacer la observación de que los niños que han sufrido malos tratos desarrollan ciertos esquemas cognitivos de vulnerabilidad que pueden contribuir a la aparición de trastornos psicológicos y que el hecho de poseer estos esquemas les dificultará alcanzar algunas de las metas adaptativas del desarrollo normal de un niño, lo que constituye por sí solo un problema.

Se debe procurar el respeto a la historia familiar de los menores y la posibilidad de contactar con ella y posibilitar a corto o mediano plazo la reinserción familiar, ya que la visita materializa una relación y mantiene al niño en lugar de la separación, y no en el de la pérdida, permitiéndole conservar sus orígenes, su historia, y la ilusión.

Los tratamientos se diseñan con el objetivo de modificar conductas y cogniciones relativamente específicas, y/o diseñar otras que permitan un mejor ajuste del individuo en su relación con el medio ambiente.

Dentro de los resultados del CDI encontramos diferencias de los afectos negativos entre niños y niñas, los niños presentan una tendencia a manifestar la tristeza a través de la irritabilidad y agresión predominando un estado de ánimo negativo y pérdida de interés en actividades que antes generaban placer; en cambio, las niñas tienden a la autocrítica y autoevaluación negativa lo que las hace sentirse inadecuadas, defectuosas y eso a su vez genera problemas en sus relaciones sociales.

Como dato relevante se encontró que el tiempo de institucionalización está directamente correlacionado con los niveles altos de desesperanza, es decir, a mayor tiempo de permanencia dentro de la institución, mayor desesperanza.

La información obtenida no se puede generalizar ni extender a otras instituciones ya que su dinámica y organización es específica en cada una de ellas.

La muestra con la que se trabajó fue asignada por personal de la institución y los criterios de inclusión mencionados fueron los siguientes: niños que no se encontraran bajo tratamiento psiquiátrico, no haber presentado crisis emocionales recientes, con cierta estabilidad emocional y conductual. Y aun así se encontraron casos de depresión severa.

Para obtener resultados más precisos y estadísticamente significativos es recomendable ampliar la muestra.

En el caso del grupo de niñas nos encontramos con la limitante de la carencia de organización y trabajo conjunto de las diferentes áreas a cargo; obstaculizando el trabajo de investigación asimismo sesgando la muestra y condicionando el tiempo de aplicación.

No se cuenta con el registro completo de datos en los expedientes de los niños albergados en estas instituciones.

Es prioritario dar seguimiento a los casos de depresión leve y severa.

Crear talleres de capacitación y sensibilización del personal de estas instituciones respecto al tema.

La desesperanza conlleva a experimentar los acontecimientos partiendo de atribuciones negativas, las que a su vez lleva a reafirmar pensamientos negativos. Parte del tratamiento debería ser entonces, romper con el círculo de pensamiento atribucional negativo.

La desesperanza aprendida o indefensión es un fenómeno real, no pasajero o transitorio por sí mismo, ya que es un aprendizaje estable

REFERENCIAS

Abramson L.Y., Garber J., Seligman M. E. P., (1980). Human Helplessness, Academic Press, New York.

Abramson L.Y., Seligman M. E. P., Teasdale J., (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation, Journal of Abnormal Psychology, 178, Vol. 87, No. 1. pp. 49-74.

Alford,B.,Lester, J.M., Patel, R.J., Buchanan, J.P., y Giunta, L.C. (1995). Hopelessness predicts future depressive symptoms: A prospective analysis of cognitive content specificity. Journal of Clinical Psychology, 51 (3), pp. 331-339.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, DSM-IV, Washington.

Arieti, S. y Bemporad, J. (1993) Psicoterapia de la depresión. México: Paidós

Arrubarrena y de Paúl (1994). Maltrato a los niños en la familia. Ed. Pirámide. Madrid.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. American Psychologist, 46 (4), pp. 368-375.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trextler. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (6), pp. 861-865.

Beck, A.T, (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: The New American Library, Inc., pp. 102-131; 263-305.

Bowlby, J. (1980) La pérdida afectiva. España: Paidós

Bowlby, J. (1989) Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego. Barcelona: Paidós

Brackney, B. E., y Westman, A. S. (1992). Relationships among hope, psychosocial development, and locus of control. Psychological Reports, 70, pp. 864-866.

Bringiotti, M (2000). La escuela ante los niños maltratados. Ed. Paídos. Buenos Aires.

Cantwell, D. y Carlson, G. (1987) Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. España: Martínez Roca.

- Carthy J. D.;** Ebling E.J. (1966). Historia Natural de la agresión. Ed. Siglo XXI. México.
- Casado;** Díaz y Flores (1997). Niños Maltratados. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- Cobo, C.** (1992). La depresión infantil. Del nacimiento a la adolescencia. España: Temas de Hoy.
- Colotta V.,** (1979). Experimental Depression en Animals, en Keehn J. D., Psychopatology in Animals. Research and Clinical Implications, New York.
- Del Barrio, V.** (1997). Depresión Infantil. Barcelona: Editorial Ariel, S.A., pp. 11-86.
- Del Barrio, V.,** Roa, ML., Olmedo, M., Colodron, F. (2002). Primera adaptación del CDI a la población española. *Acción Psicológica*, 3,263- 272.
- Díaz Calvo, A.** (1995) "Depresión infantil: infinito de tristeza", en periódico Reforma, México, lunes 9 de octubre, 1995
- Dollard, J.,** Doob, L., Miller, N., Mowrer, O., y Sears, R. (1939). Frustration and Aggression. New Haven.
- Ellis, A.** (1974) Sexo, infancia y neurosis. México: Grijalbo
- Everson, S.A.,** Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Toumilehto, J y Salonen J. T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incident of myocardial infarction and cancer. Psychosomatic Medicine, 58 (2), pp. 113-121.
- Foncerrada-Moreno M.** El niño víctima del maltrato. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 1982;20:457-469.
- Freud, S.** (1923) El yo y el ello. Obras completas. Tomo II España: Biblioteca Nueva
- Furr, M. Y Funder, D.** (1998) A multimodal analysis of personal negativity. Journal of Personality and Social Psychology. Num. 74, Vol. 6, pp. 1580-1591.
- Garber J.,** Miller S. M., Abramson L. Y., (1980). On the Distinction between anxiety and Depression: Perceived Control, Certainty, and Probability of Goal Attainment, en Garber y Seligman. Human Helplessness. N.Y., Academic Press.
- Gómez,I.,Alvis,A.,** Sepúlveda,MF(2003). Características psicométricas del instrumento. Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de la ciudad de Medellín. En: *PSICOG* (editores). Investigaciones de psicología clínica-cognitiva comportamental en la ciudad de Medellín: U. DE A.

Gómez, C. (2005). Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. Revista Colombiana de Psiquiatría, 34 ,338-339.

Hiroto D., (1974). Locus of Control and Learned Helplessness. Journal of Experimental Psychology, Vol. 102, pp.187-193.

Hiroto D., Seligman M., (1975). Generality of Learned Helplessness in Man. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 31, No. 2, pp.311-327.

Hollon S., Garber J.(1980). A Cognitive- Expectancy Theory of Therapy for Helplessness and Depression, en Garber J., y Seligman M. Human Helplessness. New York, Academic Press.

Jiménez, M. (1995) Psicopatología infantil. Archidona, Málaga: Aljibe.

Kadzin, A. E., Rodgers, A. y Colbus, D. (1986). The hopelessness scale for children: Psychometric characteristics and concurrent validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (2), pp. 241-245.

Kashani, J. H., Suarez, L., Allan, W. D., y Reid, J. C. (1997). Hopelessness in inpatient youths: A closer look at behavior, emotional expression, and social support. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (11), pp. 1625-1631.

Kempe (1979). Niños Maltratados. Ed. Morata. Madrid.

Klein, M. (1935) Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco – depresivos. Obras completas Vol. I. España: Paidós

Klein, M. (1948) Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Obras completas. Vol. III. España: Paidós.

Kovacs, M. (1992). Children Depresión Inventory CDI (Manual). Toronto: multihealth systems. Mantilla, LF., Sabalza, L., Ojeda, JM.,Caraballo,

Lesnik-Obertein M, Arend JK, Cohen Leo. Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: A test of the three-factor theory. Child Abuse Negl 1995; 19:33-49.

Lewis, M. (1991) Child and Adolescent Psychiatry. EUA: Williams and Wilkins

Loredo AA, Oldak SD, Carbajal RL, Reynes MJ. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. Bol Med Hosp. Infant Mex. 1990; 47:91-95.

Loredo, A. (1994). Maltrato al menor. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México.

Maier S. F., Seligman M. E., (1967). Failure to Escape Traumatic Shock. Journal of Experimental Psychology, Vol. 74, pp. 1-9.

Malmquist, C. The Functioning of Self-Esteem in Childhood Depression, en Mack, J. y Ablon, S. (1985) The Development and Sustaining of Self-Esteem in Childhood. EUA: International University Press

Matson, J. (1989) Treating Depression in Children and Adolescents. EUA: Pergamon Press

McGee, R., Goffee D. A.(1991) Psychological maltreatment toward an operational definition. Development and Psychopathology, 3: 3-18.

Merrill LL, Herving KL, Milner SJ. Childhood parenting experiences, intimate partner conflict resolution and adult risk for child physical abuse. Child Abuse Negl 1996; 20: 1049-1065.

Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Hardin, T. S., y Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. Journal of Abnormal Psychology, 102 (1), pp. 101- 109.

Ollendick y Hersen (1993) Psicopatología Infantil. México: Martínez Roca

OMS (2003). Meeting on caring for children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions. Geneve: WHO.

Padua, G. (1985). La desesperanza aprendida. Revisión y críticas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM

Polaino-Lorente, A. (1988) Las depresiones infantiles, Madrid. España.

Seligman M. E., (1973). Fall into Helplessness. Psychology Today, 1973, pp. 43-48.

Seligman M. E., (1978). Comment and Integration. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 87, pp.165-179.

Seligman M. E., (1981). Indefensión. Ed. Debate, Madrid, España.

Seligman M. E., (1984). Nolen-Hoeksema, Explanatory Style and Depression. Congreso Mundial de Psicología, Acapulco, Gro., México.

Solloa, L. M. (2001) Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México: Trillas.

Spangler, D. L., Simmons, A. D., Monroe, S. M. y Thase, M. E. (1993). Evaluating the hopelessness model of depression: Diathesis-stress and symptom components. Journal of Abnormal Psychology, 102 (4), pp. 592-600.

Spitz, R. (1965) El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica

Taylor y Bogdan (1998). Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. Paídos. España.

Torres, F. (2001).La violencia en casa. Ed. Paídos. México.

Torres, Y. & Montoya, I.D. (1997). II Estudio de salud mental y sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de salud.

Vinaccia, S.; Gaviria, A.; Atehortúa, L.; Martínez, P.; Trujillo, C. y Quiceno, J. (2006) Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory” CDI. Revista Diversitas – perspectivas en psicología - Vol. 2, No. 1. Medellín, Colombia.

Whybrow PC, Akiskal HS, McKinney WT (1984): Mood Disorders: Toward a New Psychobiology. New York, Plenum, pp21-42.

Williams, J. M. G. (1995). The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive behavior therapy. (2a. Edition). New York: Routledge, pp. 11-43; 76-83; 219- 248.

Wortman C. B., Dintzer L., (1978). Is an Attributional, Analysis of the Learned Helplessness Phenomenon Viable? A. Critique of the Abramson- Seligman-Teasdale Reformulation. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 87, No.1, pp. 75-90.

Young, M. A., Fogg, L. F., Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal, H. y Maser, J. (1996). Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression. Journal of Abnormal Psychology, 105 (2), pp. 155-165).

CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI)

Kovacs, María (USA, 1992)

En el siguiente cuestionario, cada numero trae enunciados que nos explican la forma en que nos podemos sentir por las cosas que nos pueden haber pasado. Cada quien va a contestar las siguientes preguntas acerca de cómo se siente y cómo es, marcando su respuesta con una X, siempre tratando de decir la verdad.

Si tienes alguna duda, consulta con el aplicador.

Gracias.

1.
 - Estoy triste de vez en cuando
 - Estoy triste muchas veces
 - Estoy triste

2.
 - Nunca me saldrá nada bien
 - No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
 - Las cosas me saldrán bien

3.
 - Haga bien la mayoría de las cosas
 - Hago mal muchas cosas
 - Todo lo hago mal

4.
 - Me divierten muchas cosas
 - Me divierten algunas cosas
 - Nada me divierte

5.
 - Soy malo siempre
 - Soy malo muchas veces
 - Soy malo algunas veces

- 6.
- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
 - Me preocupa que me ocurran cosas malas
 - Estoy seguro que me van a ocurrir cosas terribles
- 7.
- Me odio
 - No me gusta como soy
 - Me gusta como soy
- 8.
- Todas las cosas malas son culpa mía
 - Muchas cosas malas son cosa mía
 - Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
- 9.
- No pienso en morirme
 - Pienso en morirme pero no lo haría
 - Quiero morirme
- 10.
- Tengo ganas de llorar todos los días
 - Tengo ganas de llorar muchos días
 - Tengo ganas de llorar de vez en cuando
- 11.
- Las cosas me preocupan siempre
 - Las cosas me preocupan muchas veces
 - Las cosas me preocupan de vez en cuando
- 12.
- Me gusta estar con la gente
 - Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 - No quiero en lo absoluto estar con la gente
- 13.
- No puedo decidirme
 - Me cuesta decidirme
 - Me decido fácilmente

14.

- Tengo buen aspecto
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
- Soy feo (fea)

15.

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
- Muchas veces me cuesta ponerme hacer los deberes
- No me cuesta hacer los deberes

16.

- Todas las noches me cuesta dormirme
- Muchas noches me cuesta dormirme
- Duermo bien

17.

- Estoy cansado de vez en cuando
- Estoy cansado muchos días
- Estoy cansado siempre

18.

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer
- Muchos días no tengo ganas de comer
- Como muy bien

19.

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.

- Nunca me siento solo
- Me siento solo muchas veces
- Me siento solo siempre

21.

- Nunca me divierto en la escuela
- Me divierto en la escuela de vez en cuando
- Me divierto en la escuela muchas veces

22.

- Tengo muchos amigos
- Tengo algunos amigos pero me gustaría tener mas
- No tengo amigos

23.

- Mi trabajo en la escuela es bueno
- Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes
- Llevo muy mal las materias que antes llevaba bien

24.

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños
- Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
- Soy tan bueno como otros niños

25.

- Nadie me quiere
- No estoy seguro de que alguien me quiera
- Estoy seguro de que alguien me quiere

26.

- Generalmente hago lo que me dicen
- Muchas veces no hago lo que me dicen
- Nunca hago lo que me dicen

27.

- Me llevo bien con la gente
- Me peleo muchas veces
- Me peleo siempre

ESCALA DE DESESPERANZA PARA NIÑOS

Adaptada para Niños Mexicanos

Otros niños han contestado las siguientes oraciones, diciendo cómo piensan o cómo se sienten ellos; si están de acuerdo ó no en lo que se dice en esas oraciones.

Me gustaría que tú también hicieras lo mismo: que leas cada una de las oraciones y marques con una X como esta, en donde dice “() SI” si estás de acuerdo con lo que dice la oración.

Si no estás de acuerdo con lo que dice la oración, pon una X, en donde dice “() NO”.

No tienes que poner tu nombre y sólo yo veré las respuestas.

1. Quiero crecer porque creo que las cosas mejorarán. () SI () NO

2. Más vale que me dé por vencido porque no puedo hacer mejor las cosas yo solo. () SI () NO

3. Cuando las cosas andan mal, sé que no estarán mal todo el tiempo. () SI () NO

4. Puedo imaginar cómo será mi vida cuando sea grande. () SI () NO

5. Tengo mucho tiempo para determinar las cosas que de veras quiero hacer. () SI () NO

6. Algún día, seré bueno al hacer las cosas que de veras me interesan. () SI () NO

7. Conseguiré más de las cosas buenas de la vida que la mayoría de los otros niños. () SI () NO

8. No tengo buena suerte y creo que no la tendré cuando sea más grande. () SI () NO

9. Todo lo que puedo ver en mi futuro son cosas malas, no cosas buenas. () SI () NO

10. No creo que consiga lo que de veras quiero. () **SI** () **NO**
11. Cuando sea grande, creo que seré más feliz de lo que soy ahora. () **SI** () **NO**
12. Las cosas no saldrán como yo quiero. () **SI** () **NO**
13. Nunca consigo lo que quiero, así que es tonto desear algo de cualquier forma. () **SI** () **NO**
14. Creo que no me divertiré cuando sea más grande. () **SI** () **NO**
15. El futuro me parece confuso y poco claro. () **SI** () **NO**
16. Tendré más buenos momentos que malos. () **SI** () **NO**
17. No tiene caso que trate de lograr algo que quiero porque lo más seguro es que no lo logre. () **SI** () **NO**