



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN NIÑOS INGRESADOS AL CENTRO DE
ESTANCIA TRANSITORIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE LA PGJ-DF
CON ANTECEDENTES DE MALTRATO**

TESIS

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presentan

GUADALUPE CHACÓN MEJÍA

KARLA GABRIELA GONZÁLEZ RUBIO SALAZAR

Directora de tesis: Dra. Amada Ampudia Rueda

Asesora: Guadalupe B. Santaella Hidalgo

Sinodales: Mtra. Susana Eguía Malo

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa

Lic. Lizbeth Hernández Estrada



Ciudad de México, 2016.



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.

*Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea
apenas otra alma humana.*

Carl G. Jung.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, por poner en mi camino a las personas y situaciones adecuadas para realizar este trabajo, debido a ello, he aprendido a tratar siempre de superarme.

A la **Facultad de Psicología** de la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por brindarme las herramientas y conocimientos que me han formado como profesional. Estaré siempre orgullosa de pertenecer a tan reconocida institución.

A la **Dra. Amada Ampudia Rueda**, por su invaluable ayuda y orientación para la realización de este trabajo, asimismo por las enseñanzas transmitidas.

A nuestra asesora **Guadalupe B. Santaella Hidalgo** y sinodales **Mtra. Susana Eguía Malo**, **Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa** y **Lic. Lizbeth Hernández Estrada**, por el apoyo y aportaciones que enriquecieron nuestro trabajo.

Al **Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ- DF**, asimismo a todos los niños que inspiraron este trabajo y por su colaboración para el mismo.

DEDICATORIAS

Son muchas las personas especiales que me han acompañado en diferentes etapas de mi vida, a las que quiero agradecer por su amistad, cariño e impulso para realizar este proyecto. Algunas aún conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, desde donde estén quiero brindarles mi agradecimiento por formarme, sus enseñanzas y bendiciones.

A mis **padres**, por su gran apoyo y comprensión. Gracias por saber esperar y por impulsarme siempre a seguir adelante. Por ser siempre incondicionales conmigo,

enseñarme con amor y reprenderme con prudencia, por ser mi ejemplo para ser responsable, trabajadora y mejor cada día, luchando por lo que quiero. Los amo.

A mi **familia**, que me han acompañado y alentado siempre. No tengo con que pagarle a la vida por la familia que me tocó. Los quiero mucho.

Nahum. Gracias por 5 años de amor incondicional y por tu ánimo constante para llevar a cabo esta meta; sé que vienen muchas más, profesionales y personales, las cuales anhelo poder compartir contigo. Me haces muy feliz. Te amo vida.

A todos los amigos que me han permitido formar parte de su vida. En especial, a **Karla**, fue un placer compartir contigo esta experiencia y situaciones importantes, felices y otras no tanto, que han fortalecido nuestra amistad. Te quiero mucho.

Guadalupe Chacón Mejía.

AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por haberme permitido ser parte de esta máxima casa de estudios y brindarme una educación de la más alta calidad, y especialmente a la **Facultad de Psicología**, que me dio la mejor experiencia académica, que contribuyó a mi desarrollo profesional.

A la **Dra. Amada Ampudia Rueda**, por sus valiosas aportaciones, enseñanza y apoyo para la realización de este proyecto.

A los **sinodales**: Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo, Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, Mtra. Susana Eguía Malo y Lic. Lizbeth Hernández Estrada, por sus importantes sugerencias y su disposición para la finalización del trabajo.

DEDICATORIAS

A mi **mamá (mom)**, gracias por darme la vida, por siempre confiar en mí, gracias por tu cariño, apoyo y comprensión en todo momento, por ser mi

ángel guardián, la persona que más admiro en la vida, por haber sido tan valiente y por amarme como lo hiciste. No recuerdo un solo momento en que no estuvieras ahí para apoyarme, siempre estuviste ahí para amortiguar mis caídas y celebrar mis éxitos. Estoy segura de que estás muy orgullosa de mí y aunque me hubiera encantado que presenciaras la conclusión de este proyecto, sé que donde quiera que te encuentres estás muy feliz al ver finalizado uno de mis sueños. Te amo con todo mi corazón mamita y te extraño muchísimo.

A mi **papá**, gracias por ser ese apoyo incondicional, por tu dedicación para con mi hermana y conmigo, jamás será suficiente mi agradecimiento por estar conmigo en cada uno de mis pasos, gracias por tus enseñanzas y por tu generosidad. Eres el mejor papá que la vida me pudo haber dado y por eso estoy eternamente agradecida, así que este trabajo realizado con tanto esfuerzo va dedicado en gran parte a ti. Te amo muchísimo.

A mi **hermana (sis)**, gracias por tu apoyo, tu cariño, tu preocupación conmigo, gracias porque además de ser mi hermana, eres mi amiga y confidente y gracias por tus valiosos consejos y enseñanzas que contribuyeron al proceso de este proyecto. Te amo mucho sis.

A mi compañera de tesis y mejor amiga **Lupita**, gracias por tu dedicación, entrega y compromiso con este proyecto, estoy segura que no pude haber encontrado mejor compañera que tú, pues a pesar de que sé que ha sido un camino complicado, juntas lo hemos llevado de la mejor manera y por fin podemos decir que se concluye uno de nuestros más grandes sueños. Gracias amiga por tantos años de amistad y gracias a la vida por ponerte en mi camino. Te quiero muchísimo.

Gracias a todas las personas que hicieron posible este sueño y que apoyaron nuestro proyecto, amigas, amigos, familiares y demás contribuyentes. A todos ustedes va dedicado este trabajo realizado con todo el esfuerzo y amor.

Karla Gabriela González Rubio Salazar.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES.....	i-xviii
--------------------------	----------------

CAPÍTULO I. MALTRATO INFANTIL

1.1. Definiciones de maltrato infantil.....	1
1.2. Modelos teóricos del maltrato infantil.....	5
1.3. Tipos de maltrato infantil.....	14
1.4. Factores de riesgo y consecuencias del maltrato infantil.....	19

CAPÍTULO II. DESARROLLO EMOCIONAL Y DEPRESIÓN INFANTIL

2.1. Desarrollo de las emociones en la infancia y estereotipos. Similitudes y diferencias de género.....	31
2.2. Depresión infantil.....	46
2.3. Diferentes teorías e interpretaciones etiológicas.....	50
2.4. Causas de la depresión infantil.....	56
2.5. Síntomas de la depresión infantil.....	65
2.6. Problemas emocionales y afrontamiento.....	69
2.7. Evaluación de la depresión infantil.....	75

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Justificación y planteamiento del problema.....	81
--	----

3.2. Objetivo general.....	83
3.3. Objetivos específicos.....	83
3.4. Hipótesis conceptual.....	85
3.5. Hipótesis específicas.....	85
3.6. Variables.....	86
3.7. Definición de variables.....	87
3.8. Muestra.....	89
3.9. Sujetos.....	89
3.10. Instrumentos.....	89
3.11. Tipo de estudio.....	93
3.12. Diseño de investigación.....	93
3.13. Procedimiento.....	94
3.14. Análisis estadístico.....	95

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Estadística descriptiva de las variables sociodemográficas.....	97
4.2. Estadística descriptiva de la Escala de Depresión Infantil para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994)	102
4.3. Estadística inferencial, no paramétrica Mann Whitney U.....	131

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1. Discusión.....	142
5.2. Conclusión.....	152

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160
--	------------

RESÚMEN

El maltrato infantil constituye uno de los problemas sociales más graves en México. Día a día se reportan, denuncian o encubren, casos de maltrato a menores en una amplia gama de expresiones, que van de las omisiones, abusos a las lesiones graves, que en situaciones extremas, podrían culminar en la muerte del infante (Ampudia y Jiménez, 2006). Numerosos estudios han tratado de examinar la relación de varios tipos de maltrato, incluyendo maltrato físico, sexual y psicológico con síntomas depresivos. Algunos autores como Fletcher y Jason (2009), han encontrado que la relación entre el maltrato y la depresión no se ha descrito del todo (Lang, Stein, Kennedy, & Foy, 2004). Sin embargo, diversos investigadores han encontrado que las víctimas de maltrato en la infancia son más propensas a desarrollar síntomas depresivos en la adultez (Libby, Orton, Novins, Beals, & Manson, 2005; Polshuck, Giles, & Tu, 2006). La presente investigación tuvo como objetivo analizar el nivel de depresión de niños y niñas entre 6 y 12 años. Método: Se consideró una muestra de 60 infantes (30 niños y 30 niñas) de entre 6 y 12 años de edad del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF, víctimas de maltrato a quienes se aplicó la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (Modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). Se llevó a cabo el análisis cualitativo y cuantitativo, mediante estadística descriptiva y así se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las variables (maltrato infantil, depresión infantil y género). Los resultados se analizaron mediante estadística inferencial no paramétrica a través de la prueba Mann Whitney U. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre niños y niñas. Asimismo clínicamente se aprecian elementos que indican que tanto niñas como niños presentan rasgos depresivos, mostrándose las menores más susceptibles a mostrar su tristeza, mientras que los niños tienden a no expresarla a través del llanto. Considerando estos elementos, se sugiere la necesidad de realizar más investigaciones que permitan la oportuna intervención en menores víctimas de maltrato, debido a que es un tema poco abordado.

Palabras clave: Maltrato Infantil, Depresión Infantil, Niños y Niñas.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil representa una de las problemáticas de mayor impacto dentro de nuestra sociedad; se ha observado un incremento importante en los índices de agresión hacia los niños, estos datos se confirman en las cifras del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2009).

El impacto e importancia que tiene dentro de la sociedad el maltrato infantil lo hace hoy en día uno de los temas de mayor relevancia para su estudio. Además un motivo adicional para el análisis de este fenómeno se debe a que en la actualidad el niño ha adquirido derechos y goza actualmente de defensa por parte de diversas instituciones que procuran su bienestar (Medina, 2009).

Recientemente se ha observado que algunos de los indicadores que presentan los niños maltratados se encuentran relacionados con depresión, por lo que se han llevado a cabo diferentes investigaciones que toman en cuenta las diversas formas de maltrato, así como sus consecuencias e intentan darle explicación a este fenómeno.

En el primer capítulo, se hace una revisión a las distintas definiciones de maltrato infantil, así como de los modelos teóricos que lo explican. Posteriormente se abordan los tipos de maltrato en los niños, además de sus indicadores y factores de riesgo. Concluyendo con la descripción de las consecuencias del maltrato en la infancia.

En el segundo capítulo se consideran los aspectos del desarrollo emocional infantil, así como su expresión de acuerdo al período evolutivo, se

describen las similitudes y diferencias de acuerdo al género. Se expone la definición de la depresión infantil, así como las características y síntomas de la misma. Asimismo se explican las diferentes teorías e interpretaciones etiológicas, sus causas y factores ambientales y familiares. Por último se aborda la evaluación de la depresión en la niñez.

En el tercer capítulo se describe la metodología que contempla el objetivo principal de este estudio, así como las hipótesis, las características de la población, el instrumento utilizado y el procedimiento efectuado en esta investigación.

En el cuarto capítulo, se llevó a cabo el análisis de resultados, mediante estadística descriptiva y así se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las variables: maltrato infantil, depresión infantil y género. Los resultados obtenidos se analizaron a través de estadística inferencial no paramétrica mediante la prueba Mann Whitney U.

Finalmente en el quinto capítulo se hace la discusión de los resultados en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles depresivos entre niños y niñas. Además, se hallaron algunos indicadores relacionados con depresión, así como diferencias en la expresión de la misma. Se concluye sobre lo encontrado y el impacto del presente estudio.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

En el mundo antiguo, el derecho romano concebía la protección de los niños como una manifestación del poder absoluto de la familia patriarcal; los derechos de la <patria potestad> conferían al padre el derecho de reconocer o no a sus hijos, abandonarles o venderles. En el ágora de Roma existía una columna donde los niños no reconocidos eran abandonados hasta que fallecían o alguien los recogía para ser esclavos. También en Grecia, el propio Platón entendía a los hijos como siervos o esclavos de sus padres y consideraba que cualquier hombre libre podía castigarles; la pederastia era un uso admitido y aprobado (Corchuan, 2004 en Martín, 2005).

Hasta el siglo IV, ni la ley ni la opinión pública recriminaron el infanticidio, el abandono o el sacrificio de los niños a los dioses; siendo práctica habitual el abandono y la venta de niños. En Esparta es conocida la costumbre de arrojar por un precipicio a los niños que presentaran alguna tara. Asimismo, en algunas culturas de países nórdicos, se arrojaba a los recién nacidos al agua helada, como método de selección de los más aptos, salvando a los que protestaban llorando (Corchuan, 2004 en Martín, 2005).

Durante la Edad Media se entendía que la infancia terminaba a los 7 años, y a partir de esa edad se consideraba que el niño ya podía hacerse cargo de sí mismo (Corchuan, 2004 en Martín, 2005).

El trabajo infantil en condiciones draconianas fue habitual hasta bien entrado el siglo XIX, llegando a tal extremo que, en 1830, el Parlamento

británico promulgó leyes que prohibían a los niños menores de 10 años trabajar en minas subterráneas y que limitaba su jornada laboral a 10 horas (Corchuan, 2004 en Martín, 2005).

En la Inglaterra del siglo XIX, deportaciones, encarcelamientos, crueles castigos físicos y venta de niños a cualquier edad, formaban parte de las costumbres y normas legales. En Rusia no se prohibió la venta de niños hasta el siglo XIX (Corchuan, 2004 en Martín, 2005).

La primera condena por un caso de maltrato infantil se produce en Estados Unidos en 1874. Durante el proceso, la acusación se basó en la ley para la defensa de los animales, pues, hasta ese momento, no existía una ley que sancionara específicamente el maltrato de los niños por sus padres o cuidadores (Corchuan, 2004 en Martín, 2005).

El reconocimiento de los malos tratos, tal como se conoce actualmente, en los ámbitos sanitario e institucional y en la opinión pública, llega hasta 1962, con la publicación del conocido trabajo de Kempe sobre el <síndrome del niño golpeado>. El concepto de maltrato en el ámbito familiar aparece en los años ochenta (Corchuan, 2004 en Martín, 2005).

A nivel Internacional, la Convención de los Derechos del Niño es aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, con carácter vinculante y obligatorio para los países miembros en 1989. En España se ratifica en 1990 y entra en vigor en 1991 (Sánchez, 1996 en Martín, 2005).

A partir del reconocimiento de los derechos de los niños, se abrieron distintas líneas de investigación que han permitido ahondar en las repercusiones del maltrato infantil. A continuación se mencionan algunos de los estudios que se han realizado.

Bordin, Duart, Peres, Nascimento, Curto, Bartira y Cristiane (2009) realizaron un estudio donde examinaron la relación existente entre tipos concretos de problemas de salud mental infantil y los castigos físicos severos, teniendo en cuenta otros factores de riesgo importantes como ansiedad y depresión. Llevaron a cabo un estudio transversal en Embu (São Paulo, Brasil) como parte de una encuesta multipaís sobre el maltrato en el entorno familiar. A partir de una muestra probabilística de conglomerados que incluyó a todos los hogares elegibles (mujeres de 15 a 49 años con hijos menores de 18 años), se seleccionó aleatoriamente a una pareja madre-hijo por hogar (n=813; tasa de abandonos: 17,6%). Este estudio se centró en los niños de 6 a 17 años (n=480), para reconocer a los niños con problemas únicamente de internalización, únicamente de externalización o simultáneamente de internalización y externalización (comorbilidad) se utilizó la Lista de Comportamientos Infantiles (CBCL/6--18). Para identificar la ansiedad y la depresión maternas se utilizó el Cuestionario de Auto información de la OMS (SRQ-20). La ansiedad o depresión maternas aumentaron el riesgo sólo en niños o adolescentes no expuestos a castigos severos. En conclusión, los castigos severos pueden estar relacionados con problemas de salud mental infantil y el mecanismo depende del tipo de problema. Su influencia es persistente en presencia de factores causantes de estrés familiar, tales como ausencia del padre y la depresión o ansiedad de la madre.

Por otra parte Scarpa, Haden y Chiara (2010) sugirieron que el maltrato físico, la depresión y la agresividad están relacionados, pero las diferencias de género siguen estando poco entendidas. Por lo que investigaron las diferencias de género en relación con los diversos constructos, después de controlar los efectos confusos de otros eventos negativos de la vida. Hombres y mujeres llenaron cuestionarios acerca del maltrato físico y

eventos negativos que ocurrieron antes de los 18 años, los síntomas depresivos y la agresión. Los resultados indican diferencias significativas entre la depresión y el maltrato físico, así como entre el maltrato infantil y la agresividad, con aspectos que sólo pertenecen al género masculino. Estos resultados sugieren que los enlaces de maltrato físico, depresión y agresividad son específicos de los hombres, mientras que los eventos negativos de la vida pueden jugar un rol más importante en las mujeres.

Asimismo, Loh, Maniam y Badi'ah (2010) describieron la asociación entre la adversidad en la infancia y la depresión en pacientes adultos deprimidos en una población en Malasia, en el estudio participaron 52 pacientes, que cumplían los criterios de depresión mayor o distimia, de acuerdo a la Entrevista Clínica Estructurada basada en la revisión de la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales, los cuales fueron usados como casos y comparados con 52 pacientes control acomodados por edad y género. Los casos y el grupo control fueron evaluados utilizando un cuestionario de abuso físico y sexual y un instrumento de unión familiar. Los resultados de la investigación mostraron que existe una relación positiva entre maltrato infantil en general y el maltrato físico en la infancia con respecto a la depresión en la adultez. Un 23% de los pacientes deprimidos reportaron maltrato infantil comparado con el grupo control que no tuvo ninguno. Un nivel bajo de cuidado en la infancia está correlacionado con depresión en la adultez. Las conclusiones fueron que los clínicos deberían buscar historias de adversidad sufridas en la niñez en pacientes adultos con depresión. Esta información puede influir en el manejo clínico, implementando medidas preventivas.

Aunque la relación entre el maltrato infantil y problemas en el consumo de alcohol está bien establecida, los mecanismos que intervienen en esta relación en gran parte permanecen desconocidos, además de que la

investigación se ha centrado principalmente en las mujeres. Goldstein, Flett, Gordon y Wekerle (2010) realizaron un estudio en el que fue utilizado el Cuestionario de Motivos para el Consumo de Alcohol-Revisado (M-DMQ-R; Grant Stewart, O'Connor & Conrod Blackwell, 2007), los motivos del consumo fueron examinados como mediadores en la relación entre el maltrato infantil y el consumo de alcohol y sus consecuencias entre estudiantes universitarios, hombres y mujeres, que son bebedores (N= 218, 60,6% mujeres). En particular el incremento de los motivos está mediado por la relación entre el abuso en la infancia y las consecuencias del alcohol para los hombres, mientras que para las mujeres los motivos están mediados como una forma de hacer frente a la depresión.

Debido a lo antes mencionado, se han realizado diversos estudios en los que se han investigado algunas de las consecuencias del maltrato físico en niños. Para la realización de este trabajo, se hará un análisis enfocado en diversos problemas emocionales, enfatizando la presencia de la depresión infantil.

Algunos autores han sugerido que el fondo de la alexitimia se relaciona con el desarrollo afectivo durante la infancia temprana, Joukamaa, Luutonen, Von, Heinrich, Karlsson, y Salokangas (2008) estudiaron la asociación entre la alexitimia y el abandono emocional en la infancia, el abuso sexual y físico, teniendo en cuenta la importancia de la psicopatología concomitante. Las asociaciones entre las dificultades de la infancia y la alexitimia en la edad adulta se estudiaron con muestras de pacientes ambulatorios en atención primaria (N=1,033) y de centros de salud mental (N=243) que se evaluaron mediante la Escala de Alexitimia de Toronto y los cuestionarios de depresión, manía y síntomas psicóticos, y dificultades de la infancia. No se encontró asociación entre la alexitimia y el abuso en la niñez en los pacientes que se encontraban en el centro de

salud mental. Entre los pacientes de atención primaria, la puntuación total de la alexitimia y la dificultad en la identificación de sentimientos, así como la dificultad para describirlos se asocia con el abuso infantil, abuso sexual y físico. Para interés de la psicopatología, aún queda la dificultad en la asociación de la identificación de sentimientos y la mayoría de los abusos y las variables de abandono. Estos resultados sirven para reforzar la teoría de la alexitimia como un proceso de desarrollo desde la infancia.

Por su parte, Gladstone y Beardslee (2009) revisaron la literatura reciente sobre la prevención de los diagnósticos clínicos de la depresión en niños y adolescentes. Fueron revisadas varias de las intervenciones preventivas dirigidas a los diagnósticos de depresión en jóvenes. Las estrategias de prevención de estos programas están basadas en el enfoque cognitivo-conductual y/o en la psicoterapia interpersonal tradicional, ya que se ha encontrado que son útiles en el tratamiento de la depresión. También fueron revisadas las estrategias de prevención basadas en la familia. Además, se debatieron aspectos importantes en los programas de prevención dirigidos a la depresión de los jóvenes como los factores no específicos de riesgo para la depresión juvenil, como la pobreza y el maltrato infantil. En general, parece que hay motivos para tener esperanza sobre el papel de las intervenciones en la prevención de los trastornos depresivos en la juventud. Como conclusión, se esbozaron una variedad de nuevas direcciones para futuras investigaciones sobre la prevención de la depresión en la juventud.

En un artículo, realizado por Fletcher y Jason (2009), examinaron la asociación entre maltrato infantil (abuso sexual o maltrato físico) y la depresión durante la adolescencia y los adultos jóvenes. Los investigadores identificaron el maltrato infantil como uno de los predictores más importantes de la depresión. Algunos de los mecanismos alternativos que

liga el maltrato infantil con la depresión adolescente y en la adultez, son la sociedad y los problemas en la familia (o algunos otros factores) que afectan ambas etapas. Utilizando la información únicamente del Estudio Longitudinal Nacional de Estados Unidos para la Salud de los Adolescentes, esta investigación ha hecho varios descubrimientos respecto a la relación entre maltrato y depresión, así como de las diferencias de género y depresión. Primero, se encontró evidencia limitada de que aun controlando algunos factores del ambiente en la escuela o el vecindario no llegan a explicar la relación entre maltrato y depresión. También se mostró que controlando los factores familiares comunes decremента el poder predictivo del maltrato infantil en la depresión. Los resultados en esta investigación en general apoyan las investigaciones realizadas anteriormente en donde muestran que la relación entre maltrato infantil y la depresión es más común en las mujeres. Finalmente, los resultados sugieren que los efectos del maltrato infantil en la depresión pueden incrementar a medida que los menores crezcan.

Motta (2013) refiere que el maltrato infantil, no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales, no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente, lo cierto es que el maltrato infantil es cada vez más evidente y genera múltiples consecuencias a corto, mediano y largo plazo en los menores víctimas de este tipo de violencia. En su investigación, se abordó el maltrato físico y psicológico como los dos tipos de maltrato que más refieren los niños y niñas atendidos en la Comisaría Primera de Familia de la ciudad de Florencia Caquetá en Colombia, con el fin de identificar si padecer estos tipos de maltrato provocan depresión infantil. Los resultados evidencian que existe una

estrecha relación entre la sintomatología depresiva y los niños que son maltratados física y/o psicológicamente.

Los estudios antes mencionados han llegado a diversas conclusiones, las cuales se enfocan principalmente en las consecuencias a largo plazo de los niños que han sufrido maltrato, como son la depresión, drogadicción, psicopatía, problemas emocionales, etc., alentando la investigación futura como una forma de prevención y tratamiento.

En esta misma línea se han hecho diversas investigaciones en México, debido a que el maltrato hacia los niños ha representado uno de los problemas sociales más graves de nuestro país. Diariamente se reportan, casos de maltrato a menores, los cuales pueden llegar a tener consecuencias en el desarrollo físico, emocional, psicológico, etc. Y en algunos casos extremos ocasionar la muerte del infante. Actualmente representa uno de los problemas principales para atender, en donde los factores determinantes del abuso hacia los niños es la creencia de los padres de que constituye un buen método de crianza (Sarabia, 2009).

Perea, Loredó, Trejo, Baez, Martín, Monroy y Venteño (2001) documentaron que el maltrato a los niños es un problema de salud pública en el mundo, que no tiene una definición exacta. Realizaron una revisión de la bibliografía internacional y analizaron los conceptos de las organizaciones nacionales e internacionales considerando 8 parámetros en la definición presentada, que incluyeran al huésped, agresor, medio ambiente, intencionalidad del daño, si éste fue prenatal o postnatal, extensión y brevedad del concepto, además de las consecuencias emocionales, sociales y biológicas en el niño y en su familia.

Por otra parte Vite, Parra y Palma (2002) analizaron el papel que juega la indiscriminación materna en el maltrato físico infantil, por lo cual se seleccionaron 5 diadas madre-niño con historias de maltrato infantil y otras 5 diadas con antecedentes de problemas de comportamiento, las cuales fueron observadas en dos situaciones: académica y juego libre, por un período de 90 minutos cada una de ellas, empleándose un catálogo conductual elaborado ex profeso. Los resultados obtenidos señalan que las diadas con historia de maltrato muestran mayores índices de conducta aversiva que su contraparte. Así mismo, las madres maltratadoras muestran mayores índices de indiscriminación materna, es decir, responden de manera no contingente o indiscriminada a la conducta pro social de sus hijos, lo cual es consistente con el modelo de coerción del maltrato físico infantil.

A su vez, el estudio de Castillo, Ceballos, Cortés, Delgado y Rojas (2003) tuvo como objetivo identificar las diferencias que existen entre la sintomatología de la depresión de niños institucionalizados en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF a consecuencia de haber vivido algún tipo de maltrato y la depresión en niños no institucionalizados que asisten a una primaria pública en la delegación Coyoacán. Para identificar la depresión se aplicó el Inventario de Depresión Infantil a ambos grupos de sujetos, siempre y cuando cubrieran con el requisito de tener entre 8 y 11 años de edad, quedando para el análisis de resultados 30 sujetos por cada institución. Con los resultados obtenidos se pretendió determinar las diferencias que existen en la sintomatología de ambos grupos de niños, tomando en cuenta las variables edad, sexo, grado escolar, así como algunas características familiares, todo ello con la finalidad de tener mejores elementos para proponer mejores estrategias de intervención en la terapia psicológica.

Gaxiola y Frías (2005) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar los efectos a largo plazo del maltrato infantil, en la cual se aplicó un cuestionario a 300 mujeres seleccionadas al azar según un muestreo estratificado. La entrevista midió la historia de maltrato, los niveles de violencia hacia la pareja, los niveles de depresión y ansiedad, los problemas de salud, el consumo de alcohol y el estilo disciplinario violento con sus propios hijos. Cada uno de los constructos fue especificado dentro de un modelo de ecuaciones estructurales. Los resultados indican que la historia de abuso tiene efectos a largo plazo en el funcionamiento físico y psicológico de las mujeres, lo cual repercute en el estilo disciplinario violento con sus propios hijos.

Sarabia, (2009) menciona que una de las problemáticas que representan mayor impacto dentro de nuestra sociedad, es el fenómeno del maltrato infantil. Actualmente, se cuenta con cifras que muestran sólo una pequeña proporción de los casos existentes, por lo que no se logra reflejar la magnitud y relevancia de esta problemática. La expresión de dicha manifestación se presenta en distintas formas, siendo el maltrato emocional, uno de los tipos de abuso en los que se han tratado de enfocar. En general, el maltrato infantil se presenta en cualquier estrato social, sin importar raza, sexo, edad; sin embargo, las consecuencias en las esferas del desarrollo del menor son obvias y preocupantes. Por lo que en su estudio, analizó las respuestas emocionales de menores que han sido expuestos a situaciones de maltrato infantil. Se consideró una muestra no probabilística conformada por 62 niños de entre 5 y 12 años de edad del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF, a quienes se les aplicó de manera individual la Lista de indicadores Emocionales (LIE) (Ampudia, 2004), con el propósito de identificar los comportamientos que afectan emocionalmente a los menores. Con los resultados se obtuvieron

elementos que sugieren la presencia de alteración emocional como ansiedad tanto en niñas, como en niños, relacionados con el maltrato infantil.

Por otra parte, Rivera (2009) considera que en la problemática del maltrato infantil se ha observado un incremento importante en los índices de agresiones hacia los niños. Entre las consecuencias emocionales más importantes que estos menores presentan y que alteran su desarrollo, es la ansiedad. De ahí que el objetivo de este estudio fue identificar y comparar el nivel de ansiedad en un grupo de niños con antecedentes de maltrato que recién ingresan al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF con un grupo de niños escolarizados no institucionalizados sin antecedentes de maltrato. Se consideraron, dos muestras, la primera de 61 niños institucionalizados con antecedentes de maltrato del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF y la segunda de 61 niños sin antecedentes de maltrato, a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R) (Reynolds & Richmond, 1997), integrada por cuatro áreas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. En los resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad total y en las cuatro áreas del instrumento, reflejando que los niños con antecedentes de maltrato presentan un nivel más elevado, así como en las cuatro subescalas del instrumento, en comparación con los niños no maltratados, condición que deberá ser atendida y que sugiere la necesidad de realizar investigaciones en donde se analicen estos aspectos, dado que es de suma importancia dentro de la clínica infantil.

Las experiencias de maltrato en la infancia se han asociado con el desarrollo de psicopatología en la edad adulta. Sin embargo, en el caso

particular de la depresión mayor, el interés se ha concentrado en la relación existente con la historia de abuso sexual. Además, la historia de maltrato físico se asocia significativamente con la presencia de depresión sólo en las mujeres. En conjunto, esta información sugiere que el maltrato físico puede cumplir un papel más importante del que se ha pensado en el desarrollo de la depresión. La experiencia de eventos adversos en la infancia también parece asociarse con el curso y pronóstico del trastorno distímico, aunque la información con respecto a este trastorno es escasa.

Ampudia, Jiménez y Sarabia (2009) consideran que entre los factores de riesgo individuales se encuentran los de tipo biológico y los de tipo psicológico. En ocasiones, sin llegar a tratarse de trastornos hay algunas características que actúan como factores de riesgo individual, como pueden ser las deficiencias de empatía, impulsividad e hiperactividad, así como problemas emocionales que generalmente se desencadenan en los menores que han sido maltratados. El objetivo de esta investigación fue la identificación de indicadores emocionales; así como sus repercusiones en menores que han sido expuestos a situaciones de maltrato. Se consideraron 80 niños de 5 a 12 años de edad de un albergue temporal en México a quienes se aplicó la Lista de Indicadores Emocionales del Maltrato Infantil (LIE) (Ampudia, 2006) integrada por 39 indicadores calificados por medio de la observación directa de la conducta del niño. Fue un estudio exploratorio y descriptivo en donde se buscó identificar las características comportamentales que afectan emocionalmente a niños víctimas de maltrato. En los resultados se observan reacciones de miedo, retraso en el nivel intelectual, físico, emocional y psicomotor. Se identificaron indicadores afectivos, comportamentales y de alteración de desarrollo en los menores como baja autoestima, apatía, poca motivación por el entorno, inseguridad, aislamiento, ansiedad, conducta de

dependencia. Se concluye que son menores en edad escolar que presentan distintos tipos de alteraciones entre las cuales destacan la baja autoestima, depresión, anti sociabilidad, pero sobre todo, un mal funcionamiento cognoscitivo y académico. La edad puede ser un factor de riesgo para el maltrato infantil, puesto que existe mayor prevalencia de agresión psicológica en niños de edad escolar.

Por lo anterior, Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez, (2010) propusieron: a) determinar y comparar la frecuencia del maltrato físico en la infancia en mujeres con trastorno depresivo mayor y trastorno distímico en un centro comunitario de salud mental; b) determinar la comorbilidad psiquiátrica asociada con la historia de maltrato físico; y c) comparar la gravedad de la sintomatología depresiva y del riesgo suicida en función de la historia de maltrato físico y el diagnóstico. Participaron en la investigación ochenta mujeres, 42 con trastorno depresivo mayor (TDM) y 38 con trastorno distímico (TD). El 75% y 72%, respectivamente, reportaron una historia de maltrato físico. Los resultados muestran que aproximadamente tres de cada cuatro mujeres con TDM o TD experimentaron maltrato físico en la infancia. Éste se asocia, además, con una mayor gravedad de los síntomas depresivos y posiblemente con una mayor comorbilidad psiquiátrica. La elevada proporción de mujeres con TDM o TD con una historia de maltrato contrasta con los datos obtenidos en estudios previos. Estos resultados sugieren que se debe investigar sistemáticamente el maltrato físico infantil en las mujeres con TDM o TD y tomarse en cuenta en el plan terapéutico.

Ampudia (2010) realizó un estudio donde observó las alternativas de atención para la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento en menores que han sido expuestos a situaciones de violencia y agresión, especialmente por las implicaciones subsecuentes que tiene en su

desarrollo físico, social y emocional, haciendo especial hincapié en los aspectos de salud mental. Actualmente, persisten problemas metodológicos que se relacionan con el énfasis exagerado en el tipo de maltrato y en detrimento hacia la consideración sobre el grado y extensión del mismo, especialmente porque están relacionados con la inadecuada aplicación de un modelo para la comprensión del maltrato y sus consecuencias. Por ello, existe la necesidad de plantear estudios del maltrato infantil que incluyan no sólo el grado, sino la consideración de hasta qué punto las necesidades básicas son ignoradas cuando los niños son maltratados y esto incluye dimensiones planteadas desde el modelo ecológico, en donde se consideran variables individuales, familiares, sociales y vinculares del problema. Por lo tanto, son necesarios estudios orientados hacia la prevención del maltrato debido a que éste distorsiona el curso normal del desarrollo.

Por su parte, Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez (2008) realizaron una investigación en donde observaron que los niños que sufren a causa del maltrato psicológico y por negligencia de parte de los adultos o de las instituciones, tienden a ser muy temerosos y ansiosos. Muy pocas veces demuestran alegría o placer, se los ve siempre frustrados y tristes, tienen sentimientos de fracaso y vergüenza frente a sus problemas de aprendizaje; además de una mala imagen de sí mismos, perciben el mundo como amenazante y poco seguro. Aunado a esto, en la adultez, pueden presentar cuadros depresivos (Bower-Russa, Knutson y Winebarger, 2001 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Los niños maltratados físicamente, son más agresivos con otros niños y presentan altas tasas de conductas hostiles (Trenchi, 2006 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

El carácter traumático del pánico, acompañado del dolor y el carácter impredecible del comportamiento del agresor, constituyen secuelas psicológicas que se manifiestan con una pobre autoestima, sentimientos de inferioridad, o por el contrario, con comportamientos de hiperactividad al tratar de llamar la atención (Deater- Deckard, Lansford, Dodge, Pettit y Bates, 2003 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Los niños pueden sufrir depresión, al igual que los adultos, pero la depresión infantil, se presenta de muchas formas con grados y duración variados.

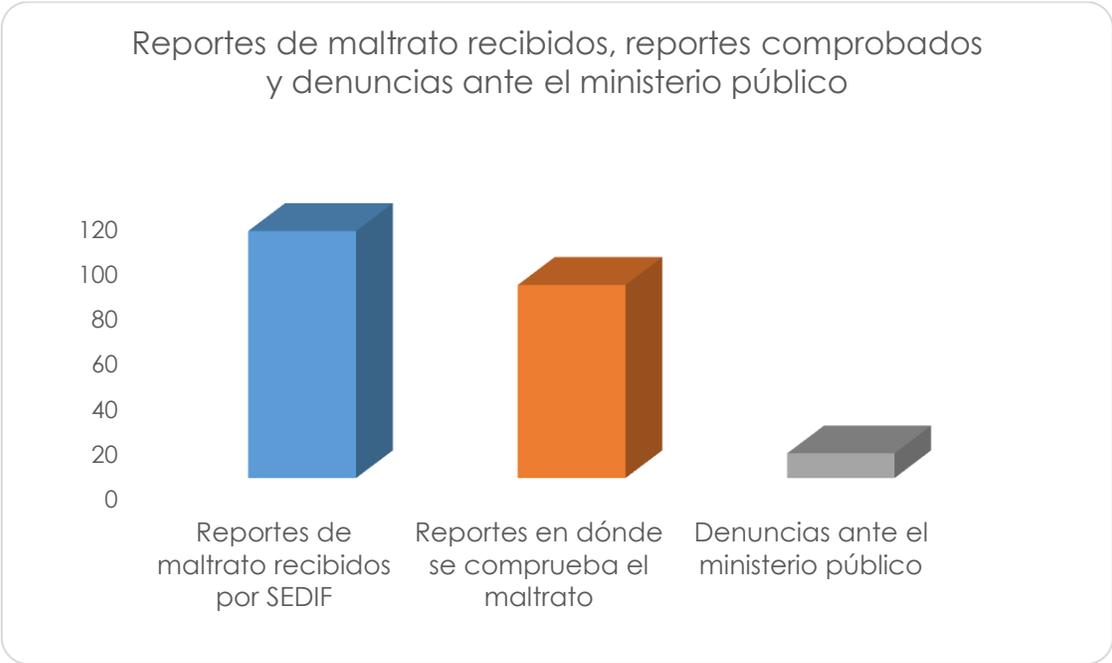
Un menor expuesto a situaciones de violencia puede mostrar depresión en situaciones de maltrato específicas (Paniagua, 2006 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Los dos factores de riesgo más destacados en la sintomatología depresiva son: uno, tiende a presentarse en determinadas familias con antecedentes de maltrato y dos, la existencia de situaciones de maltrato, que afectan la seguridad por respaldo social (Serrano, 2003 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Con frecuencia los menores maltratados no expresan de manera abierta los sentimientos asociados al maltrato. Esto obedece en gran medida a las consecuencias que puedan acarrear sobre su funcionamiento y desarrollo en diversos momentos de la vida (Ampudia, 2007 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008). Se puede señalar que en el menor maltratado, se aprecian conductas de inestabilidad emocional que van de comportamientos agresivos a respuestas depresivas. Del maltrato derivan comportamientos relacionados con el trauma del menor, particularmente cuando los agresores son los padres, por las dificultades que implica incorporar la violencia recibida.

De forma general se observa que en México se han realizado diversas investigaciones y estudios, dada la creciente prevalencia del maltrato infantil, principalmente ejercido por las figuras parentales. En estos trabajos se han encontrado diferencias entre género, así como las consecuencias del maltrato a temprana edad, tales como ansiedad y depresión, las cuales se pueden manifestar en edades posteriores.

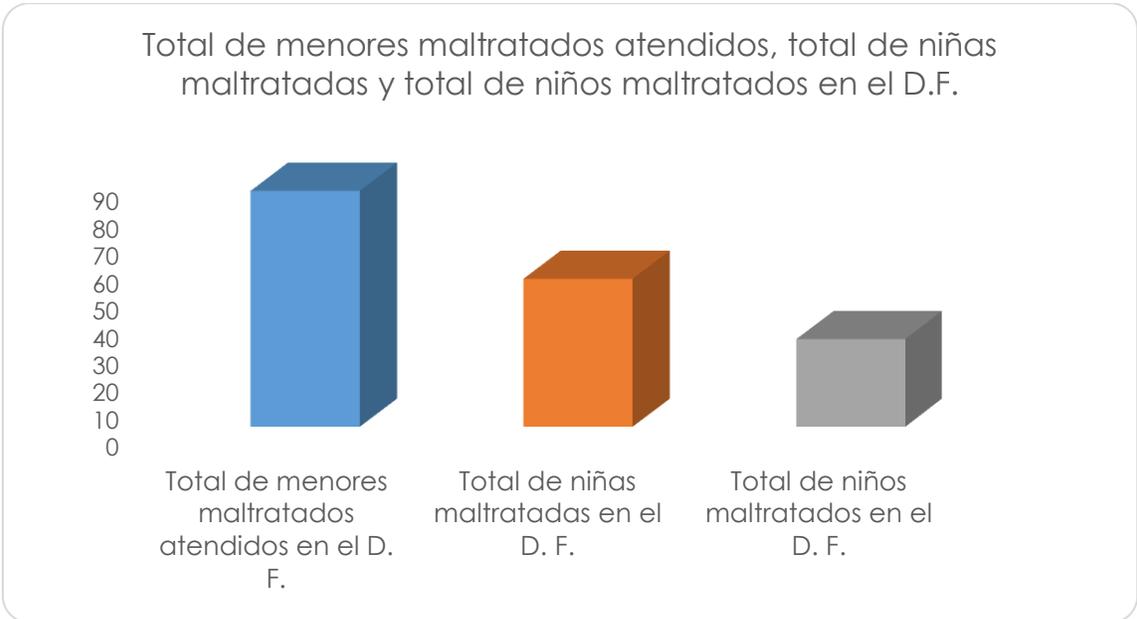
Otro aspecto importante a considerar es la epidemiología del problema del maltrato infantil debido a que en México representa un fenómeno que a pesar de que se atiende, no se ha identificado en su magnitud e impacto en la población. Muchos son los factores de riesgo que fomentan la presencia del maltrato, como es la pobreza, estrés, desempleo, además de las múltiples consecuencias que el maltrato tiene en el desarrollo del niño tanto a nivel físico, emocional y social. Por lo que es importante identificar su incidencia y prevalencia y ubicar desde el punto de vista epidemiológico el comportamiento del problema (Medina, 2009).



Gráfica 1. Datos estadísticos referentes a los reportes recibidos por SEDIF, reportes en dónde se comprueba el maltrato y denuncias recibidas por maltrato infantil ante el Ministerio Público en 2011. Fuente: DIF, 2011.

Se han encontrado estadísticas importantes que reflejan el impacto social de esta problemática.

En la gráfica 1 se observa una comparación entre los reportes de maltrato infantil recibidos por SEDIF (Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia), con los reportes en donde se comprobó este hecho en el año 2011, lo cual representa una diferencia de 24 casos. Asimismo es notoria la distancia entre estos mismos reportes y las denuncias que fueron presentadas ante el Ministerio Público en este mismo año (11 denuncias) que representa casi el 13% de los reportes reales de maltrato infantil, lo que sugiere que esta problemática social no se identifica fácilmente, dado que no existe una cultura de denuncia. Esto agrava el problema por la falta de concientización y sensibilización, ya que muchas veces, el maltrato es encubierto por ser considerado un método de crianza.



Gráfica 2. Datos estadísticos referentes a los reportes recibidos por SEDIF, total de menores maltratados, total de niñas maltratadas y total de niños maltratados en el Distrito Federal en 2011. Fuente: DIF, 2011.

Por otra parte, en la gráfica 2 se puede observar el total de menores maltratados en el Distrito Federal con 86 casos, lo cual permite observar que de acuerdo con la gráfica anterior que es el mismo número de reportes en donde se comprueba el maltrato. Asimismo se hace también una comparación entre niños y niñas que han sido maltratados y se puede ver que hay una diferencia importante de 22 casos, reportando ser las niñas las que presentan mayor número de casos de maltrato con 54, mientras que en los niños se presentan 32 casos.

De acuerdo a lo antes mencionado, el estudio del maltrato infantil ha cobrado relevancia en los últimos años, debido al gran impacto que tiene en las estadísticas que reporta el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Haciendo la revisión documental, se encontró evidencia de problemas emocionales en víctimas de maltrato en la infancia entre ellos la depresión, lo cual hace relevante la investigación realizada, debido a que no hay suficientes líneas de investigación que aborden la relación de maltrato infantil y depresión.

CAPITULO I

MALTRATO INFANTIL

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. Se reporta que aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente (Ampudia, Santaella, Sánchez & Hernández, 2010).

A efecto de incluir una definición de maltrato en el infante, a continuación se hace referencia a la evolución que ha sufrido el concepto. Asimismo se mencionan los conceptos de definición operacional y conceptual que son usados para las investigaciones sobre este tema.

1.1. Definiciones del maltrato infantil.

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños(as) golpeados y quemados. Casi 100 años después, en 1946, Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los niños (as), producto de agresiones dentro de sus hogares, coincidiendo sus hallazgos con los de Tardieu (Santana, Sánchez & Herrera, 1998 en Acevedo, 2010).

Para 1962, Kempe y Silverman continuaron desarrollando la expresión de *síndrome de niño golpeado*, la cual aludía a la presencia de heridas en los pequeños que fueron detectadas con base a las características clínicas

descritas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado (Maher, 1990 en Acevedo, 2010).

Años más tarde, el concepto de síndrome del niño golpeado fue ampliado por Fontana (1979), al indicar que los niños (as) podían ser agredidos no sólo en forma física, sino también emocional o por negligencia, de modo que sustituyó el término *golpeado* por el de *maltratado*. En 1992, la Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil (Ficomi) celebró en México su *Segundo Simposio Internacional*, como resultado del mismo se reconoció a partir de los hallazgos y las discusiones sobre las implicaciones del maltrato que estas formas de agresión hacia los niños (as) representaban toda una problemática social manifestándose como:

Una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos, que afecta el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que pone en riesgo su socialización, y por lo tanto su conformación personal, y posteriormente social y profesional (Mexfam, 1997 en Acevedo, 2010).

Cabe destacar que los conceptos de maltrato/castigo utilizados dentro de las investigaciones en la última década se han caracterizado por la utilización de dos definiciones, una conceptual y otra operacional. Por un lado, la *definición conceptual* entendida como la descripción en abstracto de lo que es el maltrato/castigo, sostiene de una manera general que se debe considerar maltrato-castigo infantil a todos los actos o acciones cometidas u omitidas (con o sin intención) por los padres, tutores u otras personas o instancia a cargo del cuidado o atención de un niño(a) menor de 12 años que den como resultado un daño en una amplia

gama de manifestaciones, como pueden ser: en lo físico, psicológico de atención, de cuidado, de explotación, de ausencia de protección y hasta de sobreprotección, entre otros. Mientras que la *definición operacional* es entendida como la descripción en concreto de lo que es el maltrato/castigo y se centra de manera específica en describir alguna o algunas tipologías de maltrato/castigo que pueda presentar el niño(a) describiendo de manera detallada la práctica, así como la sintomatología que presente la víctima (Acevedo, 2010).

Lamentablemente, este delito es el menos denunciado, ya que en la mayoría de los casos, los agresores son los propios familiares o personas cercanas a la familia, por ello es difícil detectar este fenómeno de manera rápida. Ampudia, Sánchez y Sarabia (2007) sugieren que no existe una definición única de maltrato infantil, ni una delimitación clara y precisa de sus expresiones. Sin embargo, lo más aceptado como definición se refiere a todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de maltrato físico, psicológico, negligencia y abuso sexual (en Santaella, Ampudia, Sánchez & Hernández, 2010).

Para esta investigación, se utilizará la propuesta de la Organización Mundial de la Salud: “El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (OPS/OMS 2003 en Lozano, Del Río, Azaola, Castro, Pamplona, Atrián & Híjar, 2006).

Deben tenerse en cuenta tres criterios en la definición de maltrato infantil:

- La perspectiva evolutiva, ya que un mismo comportamiento parental puede ser dañino para un niño en determinado momento evolutivo.
- Presencia de factores de vulnerabilidad del niño.
- Existencia de daño real o de daño potencial, aunque muchos comportamientos parentales tienen consecuencias negativas a largo plazo, pues las lesiones físicas severas sólo aparecen en 3% de los casos (Arruabarrena & De Paul, 1994).

Cada año se estima que de 3.3 a 10 millones de niños son expuestos a violencia doméstica en sus hogares (Carlson 1984; Starus 1992 en Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl & Russo, 2009). Estudios que han investigado la prevalencia del maltrato infantil han encontrado que casi 900,000 niños están clasificados como maltratados por sus padres y otros cuidadores (United States Department of Health and Human Services [USDHHS] 2006 en Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, & Russo, 2009). Además, diferentes formas de violencia familiar también ocurren frecuentemente, lo cual sugiere que muchos niños que han sido testigos de violencia doméstica han experimentado directamente el maltrato infantil (Appel and Holden 1998; Edleson 2001; Tajima 2004 en Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, & Russo, 2009). Numerosos estudios han demostrado que los niños expuestos a violencia doméstica y/o maltrato infantil es probable que experimenten un amplio rango de consecuencias psicosociales adversas y comportamentales (Herrenkohl et al., 2008; Sternberg et al., 2006; Wolfe et al., 2003 en Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl & Russo, 2009).

Debido a la información anterior, es de suma importancia el investigar las causas que detonan el maltrato infantil, a través de diversos modelos.

1.2. Modelos teóricos del maltrato infantil.

A lo largo de los últimos 40 años se han ido planteando diferentes modelos explicativos de tipo genérico sobre el maltrato infantil. Todas las revisiones del tema coinciden en realizar una misma secuenciación de los modelos etiológicos prevaecientes (Spinetta & Rigler, 1972; Wolfe, 1985; Milner, 1990 en Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Psiquiátrico/psicológico: Los modelos teóricos bajo estas perspectivas son los más antiguos dentro del campo de estudio del fenómeno, sus aproximaciones surgen en respuesta a los hallazgos de Kempe en 1961, los cuales exponen al abuso infantil como un problema derivado de ciertos trastornos de la personalidad y del comportamiento. En estos modelos se sostiene que los padres o cuidadores maltratan a sus hijos porque padecen de alteraciones psiquiátricas, ya sea esquizofrenia o psicosis maniaco-depresiva. Los estudios se centran en profundizar algunos rasgos de la personalidad, relación entre el alcoholismo y la drogadicción, la transmisión intergeneracional del abuso infantil, la cognición social “expresión de emociones no claras“, estilo interactivo y ciertas prácticas de crianza (Cantón & Cortés, 2002 en Acevedo, 2010). Las investigaciones efectuadas bajo estos enfoques han demostrado que entre el 10 y 15% de los casos de maltrato los padres tienen algún tipo de trastorno mental; mientras que en otros estudios se ha logrado establecer que los padres agresores de sus hijos tienen más síntomas depresivos y baja autoestima, así como escasas estrategias de afrontamiento de problemas (Helfer, 1973; Kempe et al. 1962; Morales & Costa, 1997 en Acevedo, 2010).

Modelo sociológico: Gil (1970) promovió un modelo que era radicalmente diferente a la perspectiva psiquiátrica y psicológica, enfatizando las condiciones socioeconómicas, los valores sociales y al sistema y la organización social en que se desarrollan determinados individuos. Dicho modelo es reconocido como uno de los primeros bajo la perspectiva sociológica, el cual parte de la hipótesis de que las condiciones sociales y económicas de determinados segmentos de la sociedad facilitarían la existencia de episodios de maltrato físico o abandono físico en la medida en que provocarían situaciones de alto nivel de estrés e impedirían un desarrollo adecuado de los individuos (Ochoterena, 2001, en Acevedo, 2010).

Los estudios bajo este modelo se centran en las condiciones sociales provocadoras de estrés que afectan el funcionamiento de la familia, así como en los valores y prácticas culturales que estimulan la violencia social y los castigos corporales de los niños(as). Según Cantón y Cortés (2002), el modelo considera como factores que inciden en la reproducción de la violencia y el maltrato los siguientes problemas: el estrés familiar, el aislamiento social de la familia, la aceptación social de la violencia, la organización social de la comunidad y abuso infantil. Los mismos autores agregan que el modelo sociológico se centra en los supuestos de que en la sociedad suele estimularse el uso de la violencia como medio para resolver los conflictos en las relaciones humanas, en la que se ve a los niños(as) como propiedad de sus padres y en la que se acepta el principio de que *si no se le pega a un niño, éste se malcriará* (Acevedo, 2010).

Modelo psicosocial: El modelo psicosocial surge en respuesta al planteamiento de la transmisión intergeneracional del abuso infantil de Kempe (1971), establece que en ciertos contextos se produce la repetición de una generación a otra de hechos violentos (Acevedo, 2010).

Para analizar ese comportamiento se diseña un modelo que incluye las teorías que se centran en las interacciones del individuo con la familia de origen y con su familia actual. En él se plantea que hay suficiente apoyo empírico como para establecer una relación entre maltrato o falta de afecto en la niñez y el posterior maltrato de los propios hijos (Aracena et al., 1998 en Acevedo, 2010).

Crittenden (1992) señala que en el contexto de la transmisión intergeneracional del abuso, las personas maltratadas en la infancia tienden a generar el mismo tipo de maltrato con sus hijos, de este modo, la experiencia de haber sido maltratado físicamente cuando niño se constituye en un factor predisponente para convertirse en adulto maltratador. Kempe (1971) agrega que los malos tratos suelen ocurrir en periodos de crisis y, en general, se trata de familias con escaso soporte social. Entre los principales indicadores que plantea este modelo se encuentran: la repetición de una generación a otra de una conducta de hechos violentos, negligencia y privación física o emocional por parte de los progenitores, considerar al niño(a) indigno de ser amado o desagradable, esto es producto de las percepciones que los padres tienen de sus hijos, al no adecuarse a la realidad de lo que los niños(as) son; además consideran que el castigo físico es un método apropiado para corregirlos y llevarlos a un punto más cercano a sus expectativas; es más probable que los malos tratos tengan lugar durante el periodo de crisis, asociado con el hecho de que muchos padres agresores tienen escasa capacidad de adaptarse a la vida adulta; en el momento del conflicto no hay líneas de comunicación en las fuentes externas de las que podrían recibir apoyo, existe dificultad de los agresores para solicitar ayuda, tienden a aislarse (González, 1995, en Acevedo, 2010).

Teoría del apego: La teoría del apego de Bowlby (1973) es un modelo teórico que intenta explicar al maltrato infantil como un proceso que sufre alteraciones dentro de las relaciones de apego, presentando una serie de interacciones disfuncionales entre el niño(a) víctima de maltrato con sus padres o cuidadores que lo vulneraron en su capacidad para interactuar. La teoría del apego se basa en las relaciones objetales, así como conceptos de la teoría de sistemas, la psicología cognitiva y el procesamiento de la información. Bowlby (1973) plantea que en los humanos, cuando los padres están próximos son sensibles y responsivos a las conductas de apego innatas de sus hijos, reflejando con esas conductas seguridad y confianza en los otros, así como en los sentimientos que se tienen hacia sí mismos (Acevedo, 2010).

Ecológico- sistémico: Bronfenbrenner (1979a) es el primero en proponer los estudios ecológicos a través de su *perspectiva ecológica para el desarrollo de la conducta humana*. Tal perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuras en diferentes niveles, donde cada uno de ellos contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, mesosistema, ecosistema y macrosistema (Acevedo, 2010).

El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo; corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa (usualmente la familia, la escuela, el patio de recreo); el mesosistema comprende la interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa de manera activa (experiencias o relaciones que tiene el niño(a) con sus compañeros de clase); al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, sino entornos que afectan al niño(a), como

podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del consejo escolar, entre otros) (Acevedo, 2010).

Finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad (creencias, prácticas, valores de sociedad, clases sociales, grupos étnicos). El autor argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros, por tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos (Bronfenbrenner, 1979 en Acevedo, 2010).

Modelo transaccional de Cicchetti y Rizley: Cicchetti y Rizley (1981), al formular su modelo transaccional, suponen una teoría dinámica del desarrollo en la cual hay una continua y progresiva interacción entre el propio organismo -el niño(a)- y su ambiente. Cicchetti y Rizley (1981) plantean la existencia de una dimensión temporal y una dimensión de riesgo. En la primera existirían *factores permanentes y transitorios*, y en la segunda dimensión, *factores potenciadores y compensatorios*. Los factores potenciadores aumentan la probabilidad de maltrato, mientras que los compensadores actúan como amortiguadores. Los dos tipos de factores se pueden clasificar como transitorios o como permanentes.

Los factores potenciadores duraderos son aquellos atributos o condiciones de larga duración que contribuyen al maltrato, y pueden ser biológicos (anomalías físicas), históricos (historial de maltrato), psicológicos (psicopatología, tolerancia a la frustración) y ecológicos (niveles de estrés, sistemas sociales); entre los factores potenciadores transitorios se encuentran las condiciones y factores de estrés, los factores

compensadores transitorios son aquellos que de manera momentánea pueden proteger a la familia del estrés, reduciendo así la probabilidad de maltrato y de su transmisión (Cicchetti & Rizley, 1981 en Acevedo, 2010).

Componentes de Vasta: La teoría de Vasta (1982) basa su modelo en la Teoría de Berkowitz (1974) de la Agresión, según la cual, la conducta agresiva interpersonal contiene un componente instrumental (operante) y otro impulsivo (respondiente). Vasta combina las actitudes y estrategias de disciplina utilizadas por los padres abusivos y su reactividad emocional para intentar explicar la presencia del maltrato físico en las familias y, de manera concreta, en el contexto de la disciplina a los hijos. El autor señala que el maltrato causado al niño(a) cuando se pretende someterlo a una disciplina estaría reflejando los componentes operantes y respondientes (Acevedo, 2010).

Transicional de Wolfe: Esta teoría se centra en el desarrollo de la conducta abusiva dentro del contexto familiar, de manera particular en el proceso por el que los distintos factores identificados van produciendo con el tiempo una situación de alto riesgo o de abuso. Wolfe (1987), en el modelo, se ocupa de dos cuestiones fundamentales, como son: la secuencia de aparición de maltrato y los procesos psicológicos relacionados con la activación y afrontamiento de la cólera. Wolfe establece una secuencia de tres estadios a través de los cuales se produce un incremento progresivo de la probabilidad de maltratar a los hijos: la primera secuencia se caracteriza por la escasa tolerancia al estrés y por la desinhibición de la agresión; el segundo estadio se denomina de escasa habilidad para manejar las crisis agudas y las provocaciones del niño(a), y se caracteriza por la activación emocional condicionada; y, finalmente, en tercer lugar se establece una modelo habitual de fuerte activación y agresión con los miembros de la familia que perpetúe la

utilización de métodos de crianza basados en la afirmación del poder (Acevedo, 2010).

Modelo intrapersonal: Esta teoría postula que las agresiones violentas tienen su origen en una anomalía presente en la psicología del sujeto, es la más empleada por la opinión pública para explicar determinados hechos de sangre, incluso fuera del seno familiar el responsable de los actos violentos se caracteriza por ser un ente psicopatológico y sobre el cual inciden factores ambientales y psicológicos entre los que se encuentran: incapacidad para tolerar el estrés de la vida cotidiana, profundo sentido de inadecuación o incapacidad para ejercer el rol de padres; inmadurez, egocentrismo e impulsividad; frustración debida a un cambio en los roles familiares, sobre todo en la relación de pareja; bajo nivel cultural; carácter particularmente antisocial, evidenciado por comportamientos desviados intensos; alcoholismo y drogadicción; perversiones sexuales, entre otros (González, 1993, en Acevedo, 2010).

Procesamiento de la información social de Milner: Esta teoría postula la existencia de cinco estadios de procesamiento infantil cognitivo-conductual correspondiente al acto de abuso infantil. Milner (1993) centra en la Teoría del Procesamiento de la Información el papel que desempeñan las cogniciones de los padres en el maltrato infantil. En el primer estadio aborda las percepciones de los padres de la conducta del niño(a) (esquemas cognitivos preexistentes); en el segundo aborda las alteraciones perceptivas; en el tercero, interpretaciones, evaluaciones y expectativas de los padres sobre la conducta del niño(a); en la cuarta etapa tiene lugar el proceso de integración de la información y selección de la respuesta; y finalmente, la quinta etapa consiste en la implantación-monitorización de respuestas (Acevedo, 2010).

Del estrés y del afrontamiento: El modelo del estrés y del afrontamiento de Hillson y Kuiper (1994) se centra en el análisis del estrés parental, sugiriendo que las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres pueden desempeñar un papel fundamental en la determinación del maltrato físico y del abandono a los hijos. El modelo del estrés y del afrontamiento se compone de cuatro elementos principales, entre los que se incluyen: los posibles factores de estrés (parentales, del niño(a) y ecológicos), las evaluaciones comitivas (primaria y secundaria), los componentes de afrontamiento (disposiciones y respuestas) y las conductas del cuidador (facilitativa, negligente y abusiva) (Acevedo, 2010).

Modelo socio-interaccional: Dentro de este enfoque se establece que para poder llegar a entender los procesos de abuso infantil hay que tener en cuenta las variables de los padres, del niño(a) y de la situación en una interacción dinámica (Cantón & Cortés, 2002, en Acevedo, 2010). La atención de estos modelos se centra en los patrones de conducta entre miembros de la familia, analizados desde las teorías de aprendizaje, la psicología cognitiva, así como desde perspectivas de la socialización; teorías que consideran al maltrato infantil como el resultado de desórdenes psicológicos de los padres, producto de prácticas de socialización que aprueban el uso de la violencia y de técnicas de poder asertivo con los hijos. Dentro de este tipo de modelos se comienzan a utilizar conceptos como la autoestima, la percepción de la conducta, esquemas cognitivos, distorsión cognitiva, expectativas inapropiadas, entre otros (Simón, López & Linaza, 2000 en Acevedo, 2010).

Modelo de la vulnerabilidad del niño: Este tipo de modelo señala que existen ciertas características en el niño(a) que lo sitúan con mayor vulnerabilidad ante el maltrato, dentro de estas características se pueden encontrar: la edad del menor, el estado físico y la conducta del niño(a)

(Cantón & Cortes, 2002, en Acevedo, 2010). Aracena (2005) señala, a partir de una revisión bibliográfica sobre el maltrato infantil, que las conductas más frecuentes en el niño(a) que lo exponen a mayor violencia son las enfermedades y los déficits – de aprendizaje, emocionales, retardo mental o discapacidades físicas -; concluyendo que ambos factores desempeñan un rol importante en 47% de los casos de maltrato analizados (Acevedo, 2010).

Azar (1991) agrega que estas características hacen que resulte aversiva la presencia del niño(a) ante sus padres, y, por consiguiente, coloca al niño(a) en una situación de riesgo de abuso o de abandono (Acevedo, 2010).

Modelo sociocultural: Al igual que el Modelo Sociológico, dentro de este modelo se retoman ciertos factores sociales y económicos, con especial atención a los aspectos culturales que prevalecen para que el maltrato se genere, factores como: la clase social, el desempleo, la pobreza, los problemas de hacinamiento, el bajo nivel sociocultural, eventos vitales estresantes, escasas redes de apoyo, la inestabilidad, la insatisfacción laboral, que son causa de estrés y que pueden desencadenar el maltrato hacia los hijos. Según Aracena (2005), dentro del Modelo Sociocultural existen aspectos arraigados en las creencias, avalados por los sistemas o modelos educativos e incluso en algunas teorías psicológicas en las cuales se plantea que el castigo se constituye en un medio de aprendizaje, por lo cual se reproduce de manera legítima dentro de la sociedad. González (1995) agrega que el Modelo Sociocultural focaliza su atención en las macrovariables de la estructura social, sus funciones, las subculturas y los sistemas sociales (Acevedo, 2010).

Resulta de gran relevancia conocer la etiología del maltrato infantil, debido a que de esta forma se pueden sentar las bases para explicar las

futuras investigaciones. Por lo que resulta fundamental el enumerar los diferentes tipos de maltrato que existen.

1.3. Tipos de maltrato infantil.

La importancia del tema genera la necesidad de tener una descripción precisa de los diferentes subtipos de malos tratos, ya que cada uno de ellos se diferencia de los demás y posee su propia definición. Por lo cual se considera necesario explicar los diferentes tipos de maltrato como son: maltrato físico, abandono físico, maltrato y abandono emocional, abuso sexual, negligencia, maltrato infantil intrafamiliar y el síndrome Münchausen por poderes (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Maltrato físico: 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 (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

En esta categoría se incluyen daños como resultados de castigos físicos severos, agresiones deliberadas con instrumentos (cuchillos, cigarrillos, correas, etc.) o sin instrumentos, así como cualquier otro acto de crueldad física hacia los niños (as). Se puede observar contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, deformidades de la región; signos de intoxicación o envenenamiento, así como de traumatismo craneal como daño visceral; huellas de objetos agresores como cinturones, lazos, zapatos, cadenas y planchas (Acevedo, 2010).

Este tipo de maltrato es el más fácil de localizar por la evidencia de las lesiones producidas (Soriano, 2001).

Abandono físico: Es aquella situación dónde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en

situaciones de peligro, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo con el que convive el niño. La existencia de abandono físico viene determinado en gran medida por su cronicidad, pero el problema esencial de la conceptualización es la omisión de los comportamientos por parte de los responsables del bienestar del niño, independientemente de la causa (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Este tipo de maltrato es el que con mayor frecuencia suele producirse de forma inconsciente, como una manifestación más de la ignorancia, incultura o incapacidad parental para proteger y criar a los hijos.

Algunos de los indicadores suelen ser: suciedad muy llamativa en el niño (sarna, liendres, eritemas genitales en lactantes, etc.), hambre habitual, necesidades médicas no cubiertas (vacunas, controles, heridas sin curar, caries), períodos prolongados de tiempo sin supervisión adulta, absentismo escolar, ausencia de horarios y ritmos o si existen no son los adecuados, participación en actividades delictivas, cansancio o apatía permanentes, retraso del crecimiento, ropa inadecuada a la época climática, etc. (Martínez y de Paúl, 1993 en Villanueva y Clemente, 2002).

Maltrato y abandono emocional: Se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. Es la falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciada por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Reiteradamente se rechaza al niño, se le priva de relaciones sociales, se ignoran sus necesidades emocionales y de estimulación, se le exige por encima de sus posibilidades, se muestra frialdad afectiva, etc. No se tienen en cuenta las necesidades psicológicas del niño, especialmente las que tienen que ver con las relaciones interpersonales y autoestima. Resulta ser uno de los maltratos más difíciles de diagnosticar, y frecuentemente aparece junto a cualquiera del resto de subtipos de maltrato.

La diferencia principal entre el maltrato emocional y el abandono emocional estribaría en que en un caso se está hablando de una acción y en el segundo caso, de una omisión (Villanueva y Clemente, 2002).

Abuso sexual: Representa cualquier clase de placer sexual con un niño (a) por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. Es cualquier tipo de contacto sexual con un niño (a) por parte de un familiar o adulto, con el objeto de obtener la excitación y/o gratificación sexual del adulto que puede variar desde la exhibición sexual del adulto, tocamientos, hasta la violación. No es necesario el contacto físico (en forma de penetración o tocamiento) para considerar que existe abuso, sino que puede utilizarse al niño (a) como objeto de estimulación sexual. Se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño (a) con o sin ropas; alentar, forzar o permitir a un niño (a) que toque inapropiadamente a un adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño (a) para obtener gratificación sexual o masturbación en presencia de un niño (a), pornografía), así como cualquier tipo de explotación sexual (prostitución, pornografía, entre otros).

Es común que el abuso sexual sostenido ocurra con un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente se produce violencia física (Villanueva y Clemente, 2002).

Negligencia: De acuerdo con Loredó, (1994) es no proveer de los recursos necesarios, pero socialmente disponibles, para promover el crecimiento físico, emocional y social del niño, lo cual comprende todas aquellas conductas de los padres y de las instituciones que interfieren en el bienestar infantil y en su desarrollo armónico.

Existen diversos tipos de negligencia según Cantón y Cortés, (2002) como la negligencia en la alimentación que tiene lugar cuando uno de los padres o responsables del niño no le suministran comidas regulares y con los requisitos nutritivos básicos, no le dan de comer durante días, le dan alimentos en mal estado o cosas no comestibles, (por ejemplo, comidas de animales) o no le proporcionan la dieta adecuada para recuperarse cuando se trata de un niño con problema de salud física (diarrea grave, intoxicación).

Maltrato infantil intrafamiliar: Se le llama maltrato infantil intrafamiliar a los actos y carencias, producidos por los padres o las personas encargadas de su cuidado y que dañan gravemente al/a niño/a, atentando contra su integridad corporal, desarrollo físico, afectivo, intelectual, moral y cuyas manifestaciones son el descuido y/o abuso sexual. Esta definición reconoce y categoriza tanto a las acciones como a las omisiones cometidas por los adultos responsables del cuidado cotidiano de niños y niñas en el ámbito familiar (Tonon, 2001).

La violencia a la que están expuestos los niños (as) dentro de sus hogares hasta hace pocos años no se reconocía formalmente debido a que existía y existe la creencia popular de que darle coscorrónes a un niño (a) para

que ponga atención, gritarle cuando se equivoca, darle cinturazos cuando dice malas palabras, son prácticas legítimas de disciplina familiar (Acevedo, 2010).

El síndrome de Münchausen por poderes: Es un cuadro producido en forma premeditada por padres o adultos cuidadores por el cual someten a niños/as a exámenes médicos alegando síntomas generales por adulterar pruebas diagnósticas clínicas para que sean medicados en forma incorrecta y enfermen (Tonon, 2001).

Es la simulación por parte del padre, madre o tutor de síntomas físicos, patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencias de sintomatologías difíciles de demostrar, llevando a internaciones o estudios complementarios innecesarios. El síndrome de Münchausen fue descrito por Meadows (López, 2000 en Acevedo, 2010) para referirse a un cuadro que se presenta en niños (as) y originado por sus padres, quienes “inventan” historias de enfermedad basándose en síntomas y signos falsados (Acevedo, 2010).

En ocasiones, los médicos llegan a pensar que se encuentran ante un caso médico único e insólito, que no responde a los tratamientos. Sin embargo, curiosamente los síntomas desaparecen cuando el niño/a no está en contacto con su familia. Los padres suelen poseer un nivel intelectual y social medio alto, con un cierto aislamiento del resto de la familia, así como frecuentes trastornos psiquiátricos (Villanueva y Clemente, 2002).

En el 2009, Jud, Lips y Landolt, realizaron un trabajo cuyo objetivo fue describir las características asociadas con los tipos de maltrato en los niños que son referidos al equipo de protección infantil del Hospital Infantil de la Universidad de Zurich. Se analizaron 1484 casos que fueron remitidos desde 2003 a 2006 para estudiar las diferencias de género, edad, nacionalidad y

el estatus socioeconómico, por tipo de maltrato. Los autores encontraron que los tipos más comunes de maltrato son de tipo sexual (38%) y maltrato físico (31%) con promedio de edad de 8.4 y 7 años, respectivamente. En comparación con maltrato físico, donde la distribución de género es igual, existe un riesgo mayor para las niñas a ser víctimas de maltrato sexual. La situación de bajo nivel socioeconómico aumenta el riesgo de maltrato físico en comparación con el maltrato sexual. Como conclusión de este estudio se recomienda un mejor análisis de las características del maltrato de los menores remitidos al equipo de protección de la infancia, así como mayor investigación y la documentación completa de los casos para mejorar la comparación internacional.

Después de realizar una revisión de los tipos de maltrato infantil que existen, es primordial conocer los detonantes y las consecuencias del maltrato al menor, para que sea más factible abordar la problemática de esta investigación.

1.4. Factores de riesgo y consecuencias del maltrato infantil.

Resulta indispensable describir las causas que conducen a una historia de maltrato infantil en las diferentes áreas en las que se desenvuelve tanto el maltratado como el maltratador. Asimismo las consecuencias que esto puede acarrear al menor.

La tabla siguiente constituye un buen resumen de los factores de riesgo a considerar (Casado, Díaz & Martínez, 1997).

Desarrollo ontogénico	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de malos tratos. • Historia de desatención severa. • Rechazo emocional, falta de afecto en la infancia. • Carencia de experiencia en el cuidado del niño. • Ignorancia de las características evolutivas. • Historia de disarmonía y ruptura familiar. • Bajo CI. • Pobres habilidades interpersonales. • Falta de capacidad para comprender a otros (empatía). • Poca tolerancia al estrés. • Estrategias para resolver problemas (coping) inadecuadas. • Problemas psicológicos. 	<p>Interacción paterno-filial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desadaptada. • Ciclo ascendente de conflicto y agresión. • Técnicas de disciplina coercitivas. <p>Relaciones conyugales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés permanente. • Violencia y agresión. <p>Características del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prematuro. • Bajo peso al nacer. • Poco responsivo. • Apático. • Problemas de conducta. • Temperamento difícil. • Hiperactivo. • Hándicaps físicos. • Tamaño familiar. • Padre único. • Hijos no deseados. 	<p>Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempleo. • Falta de dinero. • Pérdida de rol. • Pérdida de autoestima y poder. • Estrés conyugal. • Insatisfacción laboral. • Tensión en el trabajo. <p>Vecindario y comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Falta de apoyo social. • Clase social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica. • Alta movilidad social. • Aprobación cultural del uso de la violencia. • Aceptación cultural del castigo físico en la educación de los niños. • Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad, la paternidad-maternidad.

Aprender a relacionarse con los demás comienza con el nacimiento y lleva en el futuro a nuevas relaciones, que es la razón por la cual el maltrato infantil y la exposición a la violencia infligida por la pareja se han convertido en factores de riesgo de gran alcance para las futuras relaciones coercitivas y patrones hostiles. Aunque no es inevitable, es muy probable que los niños que son víctimas de malos tratos lleven estos patrones de conducta en la adolescencia y en la edad adulta, persistiendo la intimidación y el acoso hacia sus compañeros y parejas. En el estudio realizado por Wolfe, Crooks, Debbie, y Jaffe (2009) se examina la importancia de las relaciones en la comprensión de cómo los patrones de abuso y de relación con los demás se forman durante la infancia y la adolescencia, y cómo se pueden prevenir. Concluyen en que aunque las relaciones primarias son muy importantes, no son determinantes, ya que hay amplias oportunidades para las experiencias correctivas y para compensar las experiencias tempranas negativas. Sin embargo, también existe evidencia teórica que sustenta que el maltrato infantil tiene repercusiones a corto y a largo plazo.

De acuerdo con Loredó, (1994) dentro de las manifestaciones psicológicas que se observan como consecuencia del maltrato infantil se encuentra en primer lugar una pobre autoestima, ya que son niños que han vivido con la constante experiencia de que sus sentimientos y deseos internos no tienen importancia; por ejemplo, ellos crecieron sabiendo que a su madre no le importaba si él tenía sueño o tristeza y de igual manera vivía el trato poco respetuoso que le daban a su cuerpo, con la impresión de que él era un niño malo. El autor también menciona que aunado a esa pobre autoestima, que se reflejará en todos los actos de su vida, se encuentra un escaso sentido de identidad, que aun cuando se reconozca como varón o mujer le será más difícil sentirse integrado como totalidad que crece y siente. Se percibe inadecuado en su cuerpo y en su inteligencia, torpe en

sus sentimientos, inseguro de quién es y qué clase de persona es. A esta fragilidad en la autoestima y en el sentido se agrega cierta incapacidad para enfrentarse y dominar las situaciones críticas que se le presentan; en lo cotidiano se siente sobresaturado y desorganizado.

El aislamiento y la soledad son características frecuentes en estos sujetos así como las conductas de agresividad. Desde pequeños viven con el agobio de sentirse desaprobados y esto lo arrastran hasta su edad adulta, buscando cualquier aprobación de las personas que los rodean. Con estos comportamientos, los niños escolares se hayan temerosos y en alerta para encontrar la aceptación de los maestros y de los demás compañeros, pero también para detectar cualquier mínimo signo de desaprobación y de crítica. Existe una hipersensibilidad en cuanto a la identificación de cualquier manifestación de desaprobación. La respuesta a estos sentimientos es de depresión, enojo y desesperanza (Loredo, 1994).

La clasificación realizada por Cantón y Cortés (1998), que principalmente etiquetan estas consecuencias en cinco bloques: trastornos del vínculo afectivo entre la figura de apego y el hijo, problemas de conducta, retrasos en el desarrollo cognitivo y en el rendimiento académico, déficits en la comunicación y problemas en la cognición social (Villanueva y Clemente, 2002).

1. Trastorno del vínculo afectivo entre figura de apego e hijo. Los niños que han sido y son maltratados por sus cuidadores próximos durante el período de consolidación del vínculo afectivo, no logran la seguridad ambiental y emocional que necesitan de ellos, desarrollando por tanto un tipo de apego inseguro. Este tipo de apego inseguro se caracteriza por los siguientes rasgos: escasa exploración del entorno, intensa o nula reacción de angustia por la separación, respuesta ambivalente durante el

reencuentro (o bien buscan la proximidad y el contacto con la madre, o bien muestran oposición hacia ella) (Villanueva y Clemente, 2002).

La toma de conciencia por el niño de que un ser querido se ha comportado inadecuadamente con él, puede provocar sentimientos contradictorios de rechazo de una persona con la que tiene un vínculo de apego; y a la vez, de deseo de mantener la proximidad con él (Villanueva y Clemente, 2002).

2. Problemas de conducta. En general, puede decirse que la mayor parte de los problemas de conducta que presentan los menores maltratados se incluyen en la categoría de externalizantes: agresión física, verbal, oposición, mentiras, etc. Sin embargo, las conductas internalizantes (retraimiento, excesiva timidez, hipersensibilidad, etc.), o incluso la combinación de ambas, resultan también frecuentes en estos niños (Cerezo, 1995 en Villanueva y Clemente, 2002).

Según una revisión de Cantón y Cortés (1998), estos son algunos de los problemas de conducta que presentan los niños maltratados: adoptan patrones de conducta similares a los de sus padres, es decir, de agresión instrumental, destinada a obtener algo, poseen escasas habilidades sociales o incapacidad para resolver problemas de interacción social, presentan aislamiento social, retraimiento, iniciando menos intentos de interacción con los iguales y siendo rechazados con mayor probabilidad, reaccionan inadecuadamente ante situaciones de estrés de sus iguales (Villanueva y Clemente, 2002).

3. Retrasos en el desarrollo cognitivo y rendimiento académico. Según la mayoría de los estudios, los niños maltratados se encontrarían hasta dos años por debajo de la media en capacidades verbales y en matemáticas, presentando más posibilidades de absentismo escolar, de asistir a clases de

educación especial, de repetir curso, de obtener suspensos, etc. (Cantón y Cortés, 1998 en Villanueva y Clemente, 2002).

4. Déficit en la comunicación. Relacionado con el desarrollo cognitivo y el rendimiento académico, encontramos el lenguaje de los niños maltratados. El habla de estos niños se caracteriza por la redundancia, la pobreza de contenido, y la dificultad para expresar conceptos abstractos, ya que su conversación se restringe al presente inmediato (Villanueva y Clemente, 2002).

No obstante, según señala Cerezo (1995), estas diferencias comunicativas entre niños maltratados y no maltratados podrían no ser específicas del maltrato, ya que otras variables como las características lingüísticas maternas, el estatus socioeconómico, etc., también se presentan al tiempo, haciendo difícil el análisis del papel diferencial de cada uno (Villanueva y Clemente, 2002).

5. Problemas en la cognición social. La experiencia de maltrato va a marcar totalmente la percepción que los niños maltratados poseen de sí mismos, de los demás, así como de las relaciones entre ambos y del mundo social. Cuando son maltratados atribuyen el maltrato a su mala conducta, justificando así a sus pares (Villanueva y Clemente, 2002).

Según Cerezo (1995), los niños maltratados también presentan dificultades para interpretar bien la conducta y las intenciones de los demás, así como escasas conductas de empatía y prosociales. Además, exhiben una baja capacidad para expresar y reconocer emociones básicas, como la felicidad, la ira, la tristeza (Pollak, Cicchetti, Hornung y Reed, 2000 en Villanueva y Clemente, 2002), quizás debido a que el maltrato parece configurar una comprensión especial de lo que son las expresiones emocionales.

Cabe destacar que, según algunos autores (Cerezo, 1995 en Villanueva y Clemente, 2002), no todos los niños maltratados desarrollan problemas como los revisados anteriormente, y si lo hacen, no todos desarrollarán los mismos problemas, ya que éstos variarán en función de su personalidad, ambiente familiar y social, cronicidad del maltrato, etc. Conocer los indicadores del maltrato y sus consecuencias, nos hace más conscientes en la lucha diaria contra el maltrato infantil.

En la consideración de la problemática que produce en el niño el maltrato infantil, es necesario tener en cuenta las consecuencias psicológicas y comportamentales que manifiesta y despliega en su vida de relación.

Podemos referir muchas consecuencias, pero éstas estarán condicionadas y dependerán de una serie de factores: la edad en la que comienza el maltrato y la cronicidad del maltrato.

Los síntomas presentes en los menores que han sido víctimas de maltrato físico o emocional, suelen agruparse alrededor de manifestaciones psicopatológicas o desajustes conductuales: son hiperactivos o excesivamente inhibidos, a la edad escolar comienzan a ser muy agresivos con los compañeros y tienen dificultades para relacionarse con pares y con adultos.

Se pueden encontrar situaciones de depresión, tendencia al suicidio y suicidio; también involucrarse en conductas delictivas.

Se puede abrir una amplia gama de características o de consecuencias que el maltrato infantil deja en los niños y en su desenvolvimiento, no solamente actual, sino futuro. Se describen a partir de un recorrido evolutivo de los problemas emergentes, a saber:

- En los infantes: Se ve afectado el vínculo del niño con los adultos que lo cuidan, a través de los problemas que se detectan a nivel de manifestación de las emociones. Lloro con frecuencia, es inquieto, presenta irritabilidad, etc. Los adultos no se preguntan por qué el niño es tan demandante, por qué está tan molesto, sino que se anula o reemplaza esto con un golpe. El mensaje que empieza a incorporar el niño es que no es conveniente manifestar sus emociones, porque esto lo lleva al golpe.
- En la edad preescolar: Se detectan dificultades en la resolución de problemas, empiezan a aparecer dificultades en la relación con los pares, lo cual pone de manifiesto una dinámica similar a la que ellos viven como víctimas en su propio hogar.
- En la edad escolar: Se incrementan los problemas de relación con los pares y con los adultos, al manifestarse la agresividad; aparecen la depresión y la inhibición. Empiezan a surgir "trastornos de conducta".
- Al entrar a la adolescencia: Se manifiestan conductas antisociales. Hay chicos que se fugan del hogar y deambulan en la calle, hay quienes roban, que entran en contacto con las drogas y, finalmente, los que entran en contacto con el mundo del delito.

A partir del recorrido en el proceso evolutivo del niño, se va viendo cómo las consecuencias interfieren cada vez más en áreas de funcionamiento y del modo de relación del niño con los demás (Fernández, 2002).

Numerosos estudios han demostrado que experimentar maltrato infantil puede conducir a la internalización y externalización de una serie de problemas de comportamiento. Por ejemplo, las investigaciones han manifestado que los niños pueden mostrar una variedad de problemas psicológicos, incluyendo ansiedad y depresión (McLeer et al., 1994; McLeer et al. 1998 en Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl & Russo, 2009).

Los efectos de haber sido maltratado persisten hasta la adolescencia; los adolescentes que fueron maltratados de niños son más propensos a experimentar depresión y otros problemas internalizados (Fergusson et al., 1996; Widom 2000; Wolfe 1999; Wolfe et al., 2001 en Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl & Russo, 2009). Los adolescentes que fueron maltratados de niños son también más propensos a mostrar problemas de comportamiento externalizados, como delincuencia y violencia (Fergusson et al., 1996; Fergusson & Lynskey 1997; Hawkins et al., 1998; Herrenkohl et al., 1997; McCabe et al., 2005; Smith & Thornberry 1995; Widom 2000; Wolfe 1999 en Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl & Russo, 2009).

Para los hombres, los efectos directos de haber sido maltratados físicamente y de haber sufrido negligencia de niños por parte de sus padres no son significativos. Sin embargo, los efectos indirectos de haber sido maltratados físicamente y haber sufrido negligencia por parte de sus padres a través de la presencia de perpetración de la violencia en la juventud son significativos. Para las mujeres, los efectos directos de haber sido maltratados físicamente y de haber sufrido negligencia de niñas por parte de sus padres son significativos. El efecto indirecto de haber sufrido negligencia por parte de los padres es significativo, mientras que el efecto indirecto de haber sufrido maltrato físico durante la niñez no es significativo (Fang & Corso, 2008).

En ambientes maltratadores, los cuidadores frecuentemente fallan en proveer a los menores del cuidado necesario, el cual debería de suministrar los cimientos necesarios para desarrollar la capacidad de autoregular las emociones y los comportamientos. Los niños que sufren de maltrato y negligencia, al igual que aquellos que son testigos de violencia en el hogar, generalmente viven en un mundo de confusión, resultando en una dificultad de reconocer y regular sus estados internos. Cualquier

expresión negativa de afecto, como el llorar o la angustia, pueden desencadenar desaprobación, evasión o maltrato por parte del cuidador, por lo cual los jóvenes aprenden aparentemente a inhibir su expresión emocional y su regulación (Pollak, Cicchetti, Hornung & Reed, 2000 en Wolfe, Crooks, Chiodo & Jaffe, 2009). Ellos aprenden a relacionarse con los otros de manera cautelosa y vigilante y a examinar su ambiente social buscando señales de enojo o desaprobación.

Como resultado, los jóvenes con historias de maltrato se encuentran especialmente en riesgo de tener dificultades en sus relaciones (Bank & Burraston, 2001; Ehrensaft et al., 2003 en Wolfe, Crooks, Chiodo & Jaffe, 2009) y tienen un mayor riesgo de implicarse en violencia doméstica en la adultez (Coid et al., 2001 en Wolfe, Crooks, Chiodo & Jaffe, 2009). Este riesgo puede ser consecuencia de procesos de desarrollo que fueron afectados por el maltrato, el cual interfiere con la habilidad de formar relaciones saludables con otros, como serían el enojo interpersonal, agresión, así como prejuicios sociales (Dodge, Pettit, & Bates, 1994 en Wolfe, Crooks, Chiodo & Jaffe, 2009).

Debido al gran impacto que representa el fenómeno del maltrato infantil en nuestro país se han realizado diversas investigaciones que muestran las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, como son: problemas de tipo conductual, físicos, psicológicos y de tipo emocional, dentro de los cuales se encuentra la depresión, que es el tema de interés para la realización de esta investigación.

CAPÍTULO II

DESARROLLO EMOCIONAL Y DEPRESIÓN INFANTIL

El desarrollo infantil integral suele definirse a través de los cambios que los niños atraviesan en términos físicos, cognitivos, emocionales y sociales que los habilitan a una vida autónoma y plena. Muchas de estas dimensiones son por todos reconocidas y solemos encontrar abundante literatura sobre la mayoría de éstas. Sin embargo, es menos habitual contar con información relevante sobre un pilar del desarrollo infantil como lo es el desarrollo emocional.

Según Haeussler, el desarrollo emocional o afectivo se refiere al proceso por el cual el niño construye su identidad (su yo), su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea, a través de las interacciones que establece con sus pares significativos, ubicándose a sí mismo como una persona única y distinta. A través de este proceso el niño puede distinguir las emociones, identificarlas, manejarlas, expresarlas y controlarlas. Es un proceso complejo que involucra tanto los aspectos conscientes como los inconscientes (Grau, et al., 2000).

En la vida, el individuo participa en varias e importantes relaciones interpersonales. La primera, sin duda la de mayor influencia, se da con la madre y con otras personas que lo atienden (denominados cuidadores primarios) (Craig, 2001).

Los niños pasan por fases de crecimiento emocional y social que culminan en el establecimiento de sus primeras relaciones. Aunque los estados emotivos del recién nacido son pocos y consisten principalmente en malestar y en un interés relajado, pronto aparece una amplia gama de emociones orientadas al yo: tristeza, ira, repugnancia y placer. Éstas se ven

favorecidas y adquieren significado dentro del contexto de las relaciones. Más adelante, sobre todo en el segundo año, surgen las emociones de índole social –orgullo, vergüenza, desconcierto, culpa y empatía– a medida que el pequeño se conoce mejor a sí mismo y a los otros (Craig, 2001).

El desarrollo emocional de los niños tiene mucho que ver con el apego de las madres, que va a producir en los hijos las herramientas para regular sus emociones y esto se aprende durante los primeros años (De la Garza, 2007).

El apego es un vínculo dentro del sistema intrafamiliar que une y constituye la organización de la familia, entendiendo que, el vínculo afectivo es el denominador común en las relaciones que dentro de la misma se establecen, ya que responde a la necesidad de sentirse seguro y protegido de manera incondicional. Son varias las teorías que asientan la idea de que las personas están preprogramadas para establecer el vínculo del apego desde los primeros meses de vida, a través de la activación de determinadas características que surgen de la interacción de la actividad del niño con la de sus padres. De este modo vamos estudiando la evolución del lazo afectivo desde los primeros meses de vida (en los que hablaremos de formas privilegiadas de interacción) y “descifrando” aquellas características del sistema de apego que permanecen estables a lo largo del tiempo, y que representan, los tres patrones básicos en los que podemos englobar la actitud del niño. Siguiendo con un hilo conductor paralelo al desarrollo, se abarca el periodo escolar como significativo a la hora de explicar los cambios e inseguridades que éste va a experimentar, si bien, se nos muestran una serie de medidas para favorecer su seguridad emocional.

Las características funcionales más importantes asociadas al apego son: intentos por mantener la proximidad con la persona con la que se siente apego, relaciones más eficaces del bebé con el entorno gracias a la seguridad intrínseca del apego, refugio en los momentos de tristeza, ansiedad, temor, etc. y contacto sensorial privilegiado y ansiedad ante la separación (López, Etxebarria, Fuentes y Ortiz, M. J., 1999).

2.1. Desarrollo de la emociones en la infancia y estereotipos. Similitudes y diferencias de género.

El bebé nace en un estado de indefensión tal que para sobrevivir, constituirse en ser humano y desarrollar su potencialidad genética necesita de otras personas que le provean todo aquello que es necesario, ya que no puede hacerlo por sí mismo. Los niños pequeños, al presentar una estructura psíquica inmadura en formación, se encuentran en un estado de gran fragilidad. Las experiencias afectivas con sus cuidadores primarios en los primeros años de vida tienen una enorme influencia a favor del desarrollo cognitivo, social y emocional, íntimamente relacionados (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

El sostén emocional es la respuesta adecuada al sentimiento universal de desamparo con el que todo bebé llega al mundo. Este sostén permite que se construya entre el bebé y las personas encargadas de su crianza un vínculo lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades. El sostén emocional se da en el marco de un vínculo estable de apego, con los cuidadores primarios. Éste se establece desde el momento del nacimiento y permite construir un lazo emocional íntimo con ellos. Por estable entendemos un vínculo cotidiano y previsible, y en los primeros tiempos, con la presencia central de una o más personas que se ocupen de la

crianza del bebé. La estabilidad y la previsibilidad en la relación con sus cuidadores le permiten al niño construir una relación de apego seguro (Bowlby, 1989 en Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

En la primera infancia, el niño carece de la capacidad de regular por sí mismo sus estados emocionales y queda a merced de reacciones emocionales intensas. La regulación afectiva solo puede tener lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El contacto físico y emocional —acunar, hablar, abrazar, tranquilizar— permite al niño establecer la calma en situaciones de necesidad e ir aprendiendo a regular por sí mismo sus emociones (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

El adulto a cargo de la crianza de un bebé debe poner en juego una capacidad empática que le permita comprender qué es lo que necesita ese niño, que si bien aún no puede expresarse con palabras, sí se comunica a través de gestos, miradas, movimientos, llantos y sonrisas (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Las respuestas emocionales del adulto en sintonía con el estado interior del bebé generan primero un estado de correulación afectiva o regulación diádica que lleva, unos meses más tarde, al logro de la autorregulación afectiva por parte del bebé. Esto significa, por ejemplo, que si un niño llora sin ser consolado, se encuentra solo en el aprendizaje del paso del malestar a la calma y al bienestar. Ese bebé puede llegar a tener dificultades para autocalmarse no únicamente en sus primeros meses sino a lo largo de todo su desarrollo (Schejtman & Vardy, 2008; Tronick, E, 2008 en Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

En un nivel emocional, la confianza básica es un logro que se da como resultado de numerosas interacciones satisfactorias entre el bebé y sus

cuidadores primarios. El niño que ha construido su confianza básica puede luego explorar el mundo, crecer, separarse e individuarse. La confianza se relaciona con la seguridad que un niño tiene de saber que sus cuidadores son sensibles a sus necesidades físicas y emocionales, y que van a estar disponibles si los necesita. Un niño que se siente seguro respecto de los adultos que lo cuidan no ignora los riesgos de aventurarse alejándose un tanto de ellos, pero avanza de todos modos sabiendo que tiene dónde respaldarse en caso de necesidad (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Los vínculos afectivos estables y contenedores reducen el malestar emocional y potencian los sentimientos positivos en el niño. La expectativa que tiene el niño sobre lo que se puede esperar de los demás se crea a partir de experiencias tempranas concretas de interacciones positivas y repetidas en el tiempo. Se construyen así esquemas mentales acerca de cómo es estar con el otro (Stern, 1985 en Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Los modos en que los adultos se ocupan del niño, las interacciones y la comunicación con él, se internalizan y el niño construye así los modelos de sí mismo que reflejan el modo en que sus padres lo ven, imágenes transmitidas no sólo en el decir sino también en el hacer con él. Una vez construidos, estos modelos de sí mismo basados en las interacciones entre el niño y sus padres tienden a persistir, y continúan operando ya a un nivel inconsciente (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Así, las experiencias emocionales del niño con su familia permiten que él construya la capacidad de pensar el mundo que lo rodea y pensarse a sí mismo, es decir, construir su propio aparato psíquico, que se va a ir desarrollando hasta que logre ser alguien diferenciado como individuo e

integrado a la sociedad (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2001 en Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

El desarrollo del cerebro del infante depende en parte de las experiencias que vive. El vínculo temprano tiene un impacto directo en la organización cerebral. Existen períodos específicos, llamados períodos ventana, en los que se requieren determinados estímulos para el óptimo desarrollo de algunas áreas cerebrales. Esta estimulación adecuada depende del establecimiento de un vínculo temprano satisfactorio (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

La neuroplasticidad (plasticidad cerebral) es un reciente descubrimiento de la ciencia que muestra cómo el cerebro, a partir de sus propiedades, tiene la capacidad de moldearse de acuerdo con la experiencia. Esta capacidad está particularmente desarrollada en la niñez, al mismo tiempo que se va constituyendo el yo. Un niño es el producto de un entrecruzamiento entre la biología con la que nace, el contexto en el que se cría y la capacidad psíquica y mental que va constituyendo. Winnicott señala que el desarrollo es producto de la herencia, de un proceso de maduración y de la acumulación de experiencias de vida, pero que se podrá dar o se verá alterado a menos que se cuente con un medio suficientemente favorable (Winnicott, 1958 en Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Durante los primeros meses de vida, tocar y mirar son los modos de comunicación privilegiados entre el bebé y sus cuidadores primarios. La mirada mutua, la progresiva capacidad de prestar atención conjunta a eventos del mundo externo y el juego de expresiones afectivas transmitidas a través del rostro son modos de relacionarse y actúan como precursores de dos aspectos fundamentales del desarrollo infantil: la capacidad para

la formación de símbolos (uso del lenguaje) y la capacidad de empatía (capacidad para comprender los estados emocionales del otro) (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

En el intercambio del niño con los cuidadores primarios son importantes: el contacto visual, el diálogo sonoro (el cuidador escucha al niño y le contesta), el diálogo tónico (alternancia de tensión-relajación durante el juego y la alimentación), el sostén físico y el contacto (caricias, manipulación) (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Las primeras atenciones dadas al bebé por su cuidador primario y la manera en que éste se ocupa del niño durante las primeras horas y los primeros días de vida son esenciales para la aparición y el desarrollo de las vocalizaciones. Las expresiones faciales, el despliegue afectivo, la proximidad, el tono del cuerpo, los movimientos y las caricias, son los diversos modelos de relación que se observan a través de todas las comunidades culturales y en diferentes mezclas (Tronick, y Cohn, 1989 en Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Aunque el niño no hable, comunica y entiende las miradas, las sonrisas y los gestos del adulto que interactúa con él. La comunicación no verbal o preverbal es fundamental en la interacción entre el niño y los adultos. Se trata de gestos y vocalizaciones que pueden durar segundos, que el niño capta y a los que les da significado. Se apropia de ellos como modo de comunicación y va formando representaciones mentales y recuerdos de la experiencia subjetiva de estar con otra persona, precursores necesarios para la organización del lenguaje verbal (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Para enriquecer el tema, resulta útil la clasificación de las emociones en dos grandes tipos (Lewis, 2002 en Santrock, 2006).

- Emociones primarias, las cuales aparecen en los seres humanos y otros animales. Las emociones primarias incluyen la sorpresa, el interés, la alegría, el enojo, la tristeza, el temor y el disgusto. Estas emociones se presentan durante los primeros seis meses de vida.
- Emociones autoconscientes, las cuales requieren de la cognición, especialmente de la conciencia. Las emociones autoconscientes incluyen la empatía, los celos y la turbación, que aparecen por primera vez alrededor del año y medio de edad (después del surgimiento de la conciencia), y el orgullo, la vergüenza y la culpa, que aparecen por primera vez alrededor de los 2 años y medio de edad. Al desarrollar este segundo conjunto de emociones autoconscientes (conocidas como emociones evaluativas autoconscientes), los niños adquieren y pueden utilizar estándares y reglas sociales para evaluar su comportamiento (Santrock, 2006).

La habilidad de los bebés para comunicar emociones facilita interacciones coordinadas con sus cuidadores y el inicio de un vínculo emocional entre ellos. No sólo los padres modifican sus expresiones emocionales en respuesta a las expresiones emocionales del bebé, sino que los bebés también modifican sus expresiones emocionales en respuesta a las expresiones emocionales de sus padres. Estas interacciones se regulan mutuamente. Debido a esta coordinación, se dice que las interacciones son recíprocas o sincrónicas cuando todo va bien (Santrock, 2006).

El llanto y la sonrisa son dos expresiones emocionales que los bebés manifiestan al interactuar con sus padres, y son las primeras formas de comunicación emocional del bebé (Santrock, 2006).

El llanto, es el mecanismo más importante que tienen los recién nacidos para comunicarse con el mundo. El primer llanto comprueba que los pulmones del bebé se han llenado de aire (Santrock, 2006).

Los bebés manifiestan por los menos 3 tipos de llanto:

- Llanto básico: patrón rítmico que generalmente consiste de llanto, un silencio breve, un silbido de inhalación breve más agudo que el llanto principal, y luego un breve descanso antes del siguiente llanto.
- Llanto de enojo: llanto similar a llanto básico, pero con un exceso de aire a través de las cuerdas vocales.
- Llanto de dolor: aparición súbita de llanto estridente, seguido por un período extenso de contención de la respiración: no presenta quejas previas. El llanto de dolor es provocado por un estímulo de alta intensidad (Santrock, 2006).

La mayoría de los adultos puede determinar si el llanto de un bebé implica enojo o dolor (Zeskind, Klein & Marshall, 1992 en Santrock, 2006).

La sonrisa, es otra forma importante en que los bebés comunican emociones. Los bebés presentan dos tipos de sonrisas:

- Sonrisa reflexiva: sonrisa que no ocurre en respuesta a estímulos externos y que se presenta durante el mes posterior al nacimiento, generalmente durante el sueño.
- Sonrisa social: sonrisa que se presenta en respuesta a un estímulo externo, generalmente un rostro en el caso de bebés pequeños (Santrock, 2006).

En las primeras semanas de vida hasta los tres meses, el niño intenta sentirse regulado y tranquilo, pero al mismo tiempo trata de valerse de sus sentidos

y explorar el mundo que lo rodea. Busca el equilibrio frente a la estimulación excesiva y escasa. Poco a poco se vuelve más sensible a los estímulos sociales pues realiza una conducta orientadora y de señales (llora, vocaliza, sigue los estímulos visuales) para establecer contacto. En esta etapa no discrimina entre los cuidadores primarios y otras personas, reacciona en forma muy semejante ante todos (Craig, 2001).

Las conductas de apego, son las que favorecen la cercanía con una persona en particular. El niño y el cuidador deben comportarse en formas que propicien el apego. Según Bowlby, el ser humano nace con conductas programadas que favorecen la cercanía y la responsividad de los padres hacia los hijos. Las conductas de apego del niño y de la madre evolucionan en forma gradual y recíproca (Craig, 2001).

Miedo, es una de las primeras emociones de un bebé, que suele aparecer por primera vez alrededor de los 6 meses de edad, y tiene su punto máximo hacia los 18 meses de edad. La expresión más común del miedo y recelo ante los extraños surge por primera vez alrededor de los 6 meses de edad como reacciones de cautela. Hacia los 9 meses, el miedo ante los extraños suele ser más intenso, y continúa aumentando hasta el primer cumpleaños del niño (Emde, Gaensbauer & Harmon, 1976 en Santrock, 2006).

Además de la ansiedad ante los extraños, los bebés experimentan miedo al separarse de sus cuidadores, lo que produce protestas de separación – llanto cuando el cuidador se va -. Las protestas de separación suelen tener su punto máximo alrededor de los 15 meses en los bebés estadounidenses. De hecho un estudio reveló que la protesta de separación tenía su punto máximo entre los 13 y 15 meses de edad en 4 culturas diferentes (Kagan, Kearsley & Zelazo, 1978, en Santrock, 2006).

La referencia social, implica la “lectura” de señales emocionales en los demás, para determinar la forma de actuar en una situación particular. El desarrollo de la referencia social ayuda a los bebés a interpretar las situaciones ambiguas de una manera más precisa, como sucede cuando se enfrentan a un extraño y necesitan saber si deben temerle (Mumme, Fernald & Herrera, 1996 en Santrock, 2006).

En el segundo año de vida los niños son mejores para hacer referencias sociales. En esta edad, tienden a “consultar” a su madre antes de actuar; la observan para ver si ella está contenta, enojada o temerosa (Santrock, 2006).

Respecto a la regulación emocional y afrontamiento, durante el primer año de vida, el bebé desarrolla gradualmente la capacidad de inhibir o minimizar la intensidad y duración de las reacciones emocionales (Eisenberg, 2001; Thompson, 2006 en Santrock, 2006). Desde muy temprana edad, los bebés colocan su dedo pulgar en la boca para tranquilizarse. Sin embargo, al principio dependen principalmente de los cuidadores para controlar sus emociones, como sucede cuando un cuidador mece a un bebé para dormir, le canta canciones de cuna, lo acaricia, etc.

Posteriormente en la infancia, cuando los bebés se activan emocionalmente, puede redirigir su atención o distraerse para reducir su activación (Grolnick, Bridges & Connell, 1996 en Santrock, 2006). Hacia los 2 años de edad, los niños pueden utilizar el lenguaje para definir sus estados emocionales y el contexto que los está alterando (Kopp & Neufeld, 2002 en Santrock, 2006).

Los contextos pueden afectar el control emocional (Eisenberg, Spinrad & Smith, 2004; Kopp & Neufeld, 2002; Saarni, 1999 en Santrock, 2006). Con frecuencia los bebés se ven afectados por la fatiga, el hambre, la hora del

día, las personas que los rodean y el lugar donde se encuentran. Ellos deben aprender a adaptarse a distintos contextos que requieren un control emocional (Santrock, 2006).

Las emociones autoconscientes evaluativas – el orgullo, la vergüenza y la culpa – surgen alrededor de los 2 años y medio de edad. La expresión de estas emociones indica que los niños están empezando a adquirir estándares y reglas sociales para evaluar su comportamiento, y que ya son capaces de utilizarlas (Santrock, 2006).

El orgullo se expresa cuando los niños sienten alegría como resultado del éxito de un acto específico. El orgullo suele asociarse con el logro de una meta particular (Lewis, 2002 en Santrock, 2006).

La vergüenza se expresa cuando los niños perciben que no han cumplido estándares o metas. Los niños que experimentan vergüenza a menudo desearían esconderse o desaparecer.

La culpa aparece cuando los niños juzgan que su comportamiento es un fracaso (Lewis, 2002 en Santrock, 2006).

El desarrollo de las emociones autoconscientes evaluativas está especialmente influido por las respuestas de los padres al comportamiento de los niños (Santrock, 2006).

Algunos de los cambios más importantes del desarrollo emocional en la niñez temprana son una mayor habilidad para hablar acerca de las propias emociones y de las emociones de los demás, y un mayor entendimiento de las emociones (Kuebil, 1985 en Santrock, 2006). Entre los 2 y 4 años de edad, aumenta de manera considerable el número de términos que los niños emplean para describir las emociones (Ridgeway,

Waters & Kuczaj, 1985 en Santrock, 2006). Al mismo tiempo, aprenden acerca de las causas y consecuencias de los sentimientos (Denham, 1998 en Santrock, 2006).

Entre los 4 y 5 años de edad, los niños muestran una mayor habilidad para reflejar las emociones, y también empiezan a entender que el mismo evento puede provocar sentimientos distintos en diferentes personas (Santrock, 2006).

Los padres, los maestros y otros adultos pueden ayudar a los niños a entender y controlar sus emociones (Havinghurst, Harley & Prior, 2004 en Santrock, 2006). Estas personas pueden hablar con los niños para ayudarlos a afrontar el malestar, la tristeza, el enojo o la culpa. Aprender a expresar algunos sentimientos y enmascarar otros, es una lección cotidiana común en la vida de los niños (Santrock, 2006).

Las emociones juegan un papel importante en el éxito de las relaciones que tienen los niños con sus pares (Hubbard, 2001 en Santrock, 2006). Los niños temperamentales y con emociones negativas sufren el rechazo de sus pares, mientras que los niños con emociones positivas son más populares (Stocker y Dunn, 1990 en Santrock, 2006).

Durante la niñez intermedia y tardía existen cambios importantes en las emociones, debidos al desarrollo (Kuebli, 1994; Wintre & Vallance, 1994 en Santrock, 2006):

- Mayor habilidad para entender emociones complejas como el orgullo y la vergüenza (Kuebli, 1994 en Santrock, 2006). Estas emociones se vuelven más internalizadas (autogeneradas) y se integran a un sentido de responsabilidad personal.

- Mayor comprensión de que en una situación específica es posible experimentar más de una emoción.
- Mayor tendencia a tomar en cuenta todos los eventos que producen reacciones emocionales.
- Mejoría notoria en la capacidad de eliminar u ocultar reacciones emocionales negativas.
- Uso de estrategias iniciadas por el niño para redirigir los sentimientos, como el empleo de pensamientos de distracción (Santrock, 2006).
- En la niñez intermedia los niños ya son más reflexivos y estratégicos en su vida emocional. Sin embargo, los niños de esta edad también son capaces de manifestar una empatía genuina y una mayor comprensión emocional, como nunca antes (Thompson & Goodvin, 2005 en Santrock, 2006).

Estereotipos, similitudes y diferencias de género. Los estereotipos de género son categorías amplias que reflejan nuestras impresiones y creencias generales acerca de las mujeres y de los hombres.

Según un estudio de gran alcance realizado con estudiantes universitarios de 30 países, los estereotipos de hombres y mujeres son muy comunes (Williams & Best, 1982 en Santrock, 2006). Los hombres fueron considerados dominantes, independientes, agresivos, orientados hacia metas, y persistentes, mientras que las mujeres fueron consideradas afectuosas, con una autoestima baja, con necesidad de afiliación y más útiles en momentos de angustia (Santrock, 2006).

Conforme la igualdad sexual se incrementa, los estereotipos masculinos y femeninos, así como las diferencias reales en su comportamiento, pueden disminuir. Sin embargo, las investigaciones continúan encontrando que los

estereotipos de género son muy comunes (Best, 2001; Kite, 2001 en Santrock, 2006).

Durante el desarrollo, existen cambios de los estereotipos; un estudio reciente examinó el grado en que niños de diferentes edades y sus madres manifestaban estereotipos de género (Gelman, Taylor & Nguyen, 2004 en Santrock, 2006). Este estudio demuestra que aun cuando los adultos no manifiesten estereotipos de género de forma explícita al hablar con sus hijos, sí les proporcionaban información sobre el género al hacer categorías por género, etiquetas de género y al comparar hombres con mujeres. Los niños emplean estos indicios para construir y comprender el género y para guiar su comportamiento (Leaper & Bigler, 2004 en Santrock, 2006).

Los estereotipos de género continúan cambiando durante la niñez intermedia y tardía y durante la adolescencia (Ruble, Martín & Berenbaum, 2006 en Santrock, 2006). Hasta alrededor de los 7 u 8 años, los estereotipos de género son amplios porque los niños pequeños no reconocen las diferencias individuales entre la masculinidad y la feminidad. Hacia los 5 años, tanto las niñas como los niños manejan el estereotipo de que los niños son más poderosos, y en términos más negativos, que son malvados, y las niñas en términos más positivos, por ejemplo que son agradables (Miller & Ruble, 2005 en Santrock, 2006). En la adolescencia temprana, el estereotipo de género suele aumentar. Conforme sus cuerpos cambian de manera dramática durante la pubertad, los niños y las niñas a menudo se sienten confusos y preocupados por lo que está sucediendo. La estrategia de seguridad para los niños consiste en convertirse en el mejor hombre posible (es decir "más masculino"), y la estrategia de seguridad para las niñas consiste en convertirse en la mejor mujer posible (es decir, "femeninas"). En la preparatoria suele incrementarse la flexibilidad de las

actitudes hacia los géneros (Galambos, 2004; Liben & Bigler, 2002 en Santrock, 2006).

Relaciones: La sociolingüista Deborah Tannen (1990 en Santrock, 2006) distingue entre plática de rapport y plática de reporte:

Plática de rapport es el lenguaje de conversación y una forma de establecer conexiones y negociar relaciones. A las niñas les gusta más que a los niños la plática de rapport y las conversaciones que están orientadas hacia las relaciones. La plática de reporte es aquella que proporciona información. Hablar en público es una forma de ella. Los hombres ocupan el centro del escenario por medio de prácticas de reporte con conductas verbales como contar historias, hacer bromas y proporcionar información (Santrock, 2006).

El juego de los niños y el de las niñas es distinto, los varones tienden a jugar en grandes grupos con estructuras jerárquicas, y sus grupos generalmente cuentan con un líder que les indica qué deben hacer y cómo deben hacerlo. Tienen ganadores y perdedores, y a menudo hacen alarde de sus habilidades y discuten acerca de quién es mejor para algo. En contraste, a las niñas les gusta jugar más en grupos pequeños o parejas, y en el centro del mundo de una niña suele existir una mejor amiga. En las amistades y grupos de pares abunda la intimidad. Los juegos de las niñas se caracterizan por esperar turnos más que los de los niños, y la mayor parte del tiempo las niñas disfrutan sentarse y hablar entre sí, preocupadas por agradar a los demás que por competir por algún estatus de forma obvia (Santrock, 2006).

Tannen concluye que las mujeres están más orientadas hacia las relaciones que los hombres –y que esta orientación debería premiarse más como una habilidad en nuestra cultura- (Santrock, 2006).

Agresión: Una de las diferencias entre géneros más consistente es que los niños son más agresivos físicamente que las niñas, (Dodge, Coie & Lyman, 2006 en Santrock, 2006). La diferencia es especialmente marcada cuando los niños son provocados. A pesar de esto, cuando se examina la agresión verbal, las diferencias entre géneros suele desaparecer o incluso es más pronunciada en las niñas (Eagly & Steffen, 1986 en Santrock, 2006).

Emociones y su control: Desde la etapa de la escuela primaria, los niños son más propensos a ocultar sus emociones negativas como la tristeza, y las niñas son menos propensas a expresar emociones, como la desilusión, que podrían lastimar los sentimientos de otros (Eisenberg, Martin & Fabes, 1996 en Santrock, 2006). Desde la adolescencia temprana, las niñas afirman experimentar mayor tristeza, vergüenza y culpa, y reportan estas emociones (Ruble, Martin & Berenbaum, 2006 en Santrock, 2006).

Una habilidad importante consiste en ser capaz de regular y controlar las propias emociones y el propio comportamiento. Los niños generalmente muestran menos autorregulación que las niñas (Eisenberg, Spinrad & Smith, 2004 en Santrock, 2006). Este bajo autocontrol puede traducirse en problemas de conducta (Santrock, 2006).

Asimismo un bajo control en las emociones puede afectar la forma de afrontar las diferentes situaciones de la vida. De acuerdo a lo que se ha revisado influye en cómo los niños se vinculan, su comunicación, llegando a presentar trastornos emocionales, tales como ansiedad, agresión, problemas de conducta, retrasos en el desarrollo cognitivo y rendimiento académico, problemas en la cognición social, así como depresión, que es el tema que se aborda en este estudio.

2.2. Depresión infantil.

La existencia de la depresión en la infancia ha sido cuestionada durante muchos años. En épocas relativamente recientes, existía aún la concepción popular de una etapa infantil en la que no cabían sentimientos de tristeza, abatimiento, preocupaciones o sentimientos de culpabilidad en niños antes de la pubertad. Como se encargaron de demostrar diversos estudios, por desgracia, la existencia de tales sentimientos es una realidad ya a edades tempranas (Banús, 2014).

A lo largo de la historia, la naturaleza de la depresión infantil ha sido objeto de polémica dentro mismo de la psicopatología. Autores psicoanalistas negaron su existencia alegando que en esta etapa de la vida no está formado el "yo" ni interiorizado el "súper yo". Otros investigadores cuestionaron su validez como entidad nosológica dado que sus supuestos síntomas (llanto, escaso apetito, etc.) forman normalmente parte de un desarrollo evolutivo normal y remiten espontáneamente con el tiempo (Banús, 2014).

La teoría de la depresión enmascarada (1972) supuso un avance en el reconocimiento de la depresión infantil. La observación de un estado de ánimo irritable o disfórico en numerosos problemas propios de la infancia y de la adolescencia, como dificultades en el aprendizaje escolar, hiperactividad, conducta anti-social, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, rechazo escolar, etc., llevaron a hipotetizar que la depresión era un trastorno latente que se manifestaba de diferentes formas (Banús, 2014).

La depresión es uno de los temas más relevantes en salud pública, pues se sabe que millones de personas sufren de este trastorno en todo el mundo. Los avances en la investigación han permitido tener acceso a tratamientos

eficientes, y esto ha provocado el interés de las autoridades sanitarias y del público en general (De la Garza, 2007).

El trastorno depresivo en los niños y los adolescentes frecuentemente pasa inadvertido por la falta de información de padres y maestros ante un cuadro clínico de difícil diagnóstico. La idea de que los niños viven en un mundo feliz hace que sus síntomas sean interpretados en forma errónea como "así son los niños", "se le quitará con el tiempo cuando crezca", "es necio, flojo y llorón", etc. (De la Garza, 2007).

Diversas investigaciones confirman que la depresión es una enfermedad común y persistente en la juventud; incluso los niños preescolares pueden presentar ideas de muerte, y es frecuente que los padres y los maestros encuentren a niños físicamente saludables que no tienen interés de jugar. La dificultad de verbalizar en esa etapa de la infancia impide que los síntomas sean evidentes, ya que la depresión presenta diferentes características y en ocasiones se manifestará con síntomas físicos, fobias y ansiedad de separación en lugar de presentar el cuadro de los adultos como son: llanto, desinterés, falta de energía, etc., los niños mostrarán síntomas de irritación, berrinches y trastornos de conducta. Otros tenderán a sentirse aburridos, con baja autoestima, culpa o sentimientos de desesperanza y deseos de morir (De la Garza, 2007).

Paniagua, (2006) menciona que al igual que los adultos, los niños pueden sufrir depresión. En estos casos se habla de depresión infantil, alteración que se presenta en muchas formas, con grados y duración variados. Se define como una enfermedad cuando el estado depresivo persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona. Un menor expuesto a situaciones de violencia puede presentar depresión en situaciones de maltrato específicas (en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o tienen trastornos de la atención, del aprendizaje o de la conducta, o maltrato corren mayor riesgo de sufrir depresión (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

Caballero, Costello y Angol (1988) mencionan que la depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas duran más de dos semanas y de trastorno distímico cuando los síntomas pasan de un mes (en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

Por su parte Serrano (2003) menciona que la depresión infantil se caracteriza por tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo, pensamientos y expresiones suicidas, acciones autodestructivas, desesperanza, aburrimiento, falta de energía y pérdida de interés en las actividades favoritas o incapacidad para disfrutar de ellas. Otras de sus características son alteración notoria en los patrones de comida y sueño, quejas frecuentes de enfermedades físicas, concentración deficiente, deterioro en los estudios, ausencias frecuentes a la escuela, aislamiento social, comunicación pobre, problemas para relacionarse, fugas de casa, ataques de rabia u hostilidad, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad y alta sensibilidad al fracaso y al rechazo (en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

La depresión infantil se ha descrito principalmente desde dos tendencias, como lo describen Patton y Burnett, Hernández (1993) una de ellas es la de los evolucionistas que señalan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en que se presenta y sostiene la existencia de una depresión infantil evolutiva. Otros autores destacan la

existencia de una depresión infantil con sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta (depresión infantil enmascarada), por lo que es difícil equivocarse el diagnóstico en los menores (en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

En función de la nitidez de su diagnóstico la depresión infantil se puede dividir en pura o enmascarada; a esta última algunos autores prefieren llamarla mixta y la consideran como la más característica de la niñez. En la pura los síntomas son semejantes a los de la depresión adulta y en la enmascarada se esconde la depresión entremezclada con problemas de todo orden como ya se ha mencionado (Nolen- Hoeksema et al., 1992).

Se ha discutido largamente sobre si la depresión infantil era transitoria o duradera. Los estudios longitudinales muestran que las depresiones infantiles tienen una alta probabilidad de duración puesto que la correlación entre sintomatología depresiva a lo largo del tiempo suele ser alta y recurrente (Nolen- Hoeksema et al., 1992).

Las características de la depresión infantil y adolescente dificultan el diagnóstico, por tanto, el que se reciba un tratamiento oportuno, de modo que si pasan largos periodos de su vida con alteraciones del ánimo, compromete su proceso de desarrollo. La dificultad para concentrarse y la poca motivación para estudiar afectarán el rendimiento escolar, y en esta cascada de eventos se producirá un sentimiento de baja autoestima, que puede impactar en su funcionamiento social (De la Garza, 2007).

Según Ampudia, Santaella y Eguía (2009) las características de la depresión infantil se dividen en los siguientes niveles:

Nivel cognitivo	Su cognición y pensamientos están distorsionados, se altera la capacidad de comprensión y de atención.
Nivel afectivo	Se siente triste, llora con facilidad, es incapaz de disfrutar.
Nivel psicomotor	Se cansa sin motivo y reduce su actividad motora.
Nivel psicósomático	Alteraciones del sueño, alimentación, pérdida de apetito.

2.3. Diferentes teorías e interpretaciones etiológicas.

La concepción etiológica de la depresión depende en gran medida de la concepción de la emoción que cada teoría ha creado, ya que la depresión es considerada en el fondo como un tipo de emoción (Barrio, 2007).

Teorías biológicas: La orientación biologicista sostiene que la emoción tiene un origen físico, es decir, los cambios corporales que acompañan a la aparición de una emoción son su causa y por tanto esto mismo puede decirse de la depresión. Ésta sería un trastorno que vendría a manifestarse a través de ciertos signos somáticos que a la vez representan la explicación de su origen. La investigación en este punto es paralela a la que se ha realizado en el campo adulto (Barrio, 2007).

Psicoanálisis: La teoría psicoanalítica sostiene que la explicación básica de la conducta, sobre todo de las emociones perturbadas ha de buscarse en los conflictos generados entre el inconsciente y los dictados de la razón. Estos conflictos se originan en la infancia a partir de los deseos inconscientes, de carácter fundamentalmente sexual, de los niños hacia sus padres (complejos de Edipo y Electra) y en su choque con las normas (Barrio, 2007).

La depresión según la concepción psicoanalítica se debe a la pérdida de la autoestima (la pérdida del Yo). Después de una inicial negación de la existencia de la depresión infantil, supuesto que el niño carecía de la capacidad intrapsíquica que le permitiera experimentar una depresión, el psicoanálisis ha considerado que la pérdida del objeto bueno (la madre) es la explicación teórica de la existencia de niños deprimidos (Spitz, 1946; Bowlby, 1969; Lasa Zulueta, 1995 en Barrio, 2007). Esta pérdida puede ser por muerte, separación, rechazo y todas las formas posibles de distanciamiento. Los niños, ante tal pérdida, interiorizan los sentimientos negativos que primariamente deberían ir dirigidos hacia el objeto perdido y comienza entonces la pérdida de la autoestima, el auto criticismo y la depresión. Klein (1934) puntualiza que los niños no necesitan que se produzca una pérdida, sino que pueden deprimirse por la simple ausencia de una relación adecuada con sus madres durante el primer año de vida. Y esto se considera además como un factor de riesgo o vulnerabilidad para desarrollar una depresión en la vida adulta. El núcleo de la explicación psicoanalítica de la depresión es el concepto de pérdida que en el caso de los niños ha tenido que ser adaptado a la relación del niño con su madre (Barrio, 2007).

Conductismo: La psicología conductista, cuyo más conocido B. F. Skinner, supone que la conducta es una actividad frente al medio cuya probabilidad de aparición se incrementa o disminuye en función de las consecuencias benéficas o adversas que ocasiona al sujeto que la elicit. Esta secuencia de aprendizaje es normalmente adaptativa, pero puede producirse un desajuste en el proceso de su adquisición que lleve a desarrollar conductas patológicas. La interpretación conductual de la depresión es más simple que la psicoanalítica, pero no exenta de sentido. Desde esta perspectiva, los niños se deprimen porque sus padres les someten a una falta de refuerzos ya sean de carácter verbal (ausencia de

alabanzas) o de carácter físico (ausencia de actividades gratificantes). Por tanto, la explicación de la depresión que ofreció el conductismo consistió en ligarla a una insuficiente tasa de refuerzos (Lazarus, 1968; Lewinsohn, et al., 1969 en Barrio, 2007), lo que llevaría a una respuesta generalizada de falta de interés y disfrute.

Distintos autores han matizado esta secuencia. Costello (1972) puntualiza que es el fallo en la cadena de refuerzos lo que ocasiona que se rompa el equilibrio de toda la cadena. Por su parte, Lewinsohn, (1974) atribuye a tres factores diferentes la aparición de la depresión: un déficit de habilidades que no permite hacer frente con éxito a la adversidad, una ausencia de refuerzos o aparición de experiencias negativas y un descenso de la capacidad de disfrute o incremento de la sensibilidad hacia lo negativo (Barrio, 2007).

Cognoscitivism o Teoría Cognoscitiva: La psicología cognitiva tiene como base una concepción mentalista del sujeto psicológico y por tanto de sus emociones. Éste recibe información del entorno, que elabora y configura en forma de experiencia vivida, y su actuación dependerá de la interpretación realizada. Posee además sistemas que procesan esa información condensada en representaciones, unas conscientes y otras no. Los desajustes son, según esta perspectiva, perturbaciones de conducta que siguen a otras más básicas alteraciones cognitivas. Las preocupaciones y los pensamientos negativos en los que consiste una depresión son, en una de sus dimensiones esenciales, fenómenos de tipo cognitivo que interaccionan con la ocurrencia de acontecimientos negativos. Así como los sujetos con un estilo cognitivo negativo son más proclives a desarrollar una depresión cuando tiene este tipo de experiencias (Abramson, et al., 1989; Lewinsohn, et al., 1990 en Barrio, 2007). Esto supone una prioridad del estilo cognitivo en la explicación de la

aparición de la depresión. Beck sostiene que un sujeto deprimido tiene ideas negativas, por un proceso de distorsión cognitiva, sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1967 en Barrio, 2007), y este esquema distorsionado y negativo entraña una vulnerabilidad para desarrollar una depresión. El esquema depresivo tiene dos modalidades básicas: independiente, caracterizada por altas expectativas, y social, caracterizada por la dependencia de los otros y una gran necesidad de seguridad.

Seligman (1975) añadió que esta percepción negativa se generaba por una experiencia de fracaso continuado, que denominó indefensión aprendida. Esta interpretación llevó a la inclusión de elementos interactivos en la concepción de la depresión. Posteriormente, Abramson et al., (1978) matizaron reformulando la teoría de que los sujetos que experimentan acontecimientos negativos hacen atribuciones causales que se refieren a factores globales, estables e internos, incluyendo a éstas, tanto aspectos contextuales como cognitivos (Barrio, 2007).

El modelo de Indefensión Aprendida de Seligman, aunque fue propuesto en su momento como una teoría utilizada en adultos, sus autores (Seligman y Peterson, 1986) lo consideran igualmente aplicable y útil para la depresión en niños y adolescentes (Banús, 2014).

Según los autores (en su primer modelo de 1975), la secuencia que puede producir la indefensión aprendida (estado de depresión), sería la siguiente: El niño está expuesto a situaciones incontrolables, es decir a situaciones en las que la probabilidad de obtener refuerzo si se emite una respuesta operante (respuesta a la que sigue un reforzador o premio) es igual a la probabilidad de obtenerlo si no se produce (Banús, 2014).

Las experiencias de incontrolabilidad producen expectativas de incontrolabilidad, es decir, el niño predice que no tiene control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores. Las expectativas de incontrolabilidad originan los déficits característicos de la depresión:

- a) Motivacionales. Disminución de la tasa de respuestas operantes y aumento de la latencia de respuestas operantes.
- b) Cognitivos. Dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas.
- c) Emocionales. Sentimientos de indefensión y desesperanza (Banús, 2014).

El modelo es muy coherente con sus enunciados pero no podía explicar el hecho de que algunos sujetos no desarrollaban la depresión pese a estar expuestos a situaciones incontrolables. La teoría fue reformulada en 1978 por Abramson, Seligman y Teasdale con base en la incorporación de la teoría de las atribuciones, la cual puede explicar las diferencias individuales y el hecho de que iguales circunstancias produzcan o no el trastorno depresivo en algunas personas. Este nuevo modelo presenta 3 principios fundamentales:

Atribución interna-externa. La intensidad de la indefensión depende de esta dimensión. Un niño puede atribuir el fracaso de haber sacado una mala nota en un examen, cuando la mayoría de sus compañeros han aprobado, a que no tiene el suficiente nivel o inteligencia (indefensión, baja autoestima). Esto sería una atribución interna. Por el contrario si piensa que la nota del examen es consecuencia de la mala suerte o de que el profesor le tiene manía, estaría efectuando atribuciones externas.

Atribución global-específica. Esta dimensión explica la generalización de la indefensión. En el caso anterior, si el niño de la baja nota, atribuye el resultado a una causa general, como es el caso de poseer una baja inteligencia, entonces considerará que casi todas las situaciones de este tipo son incontrolables ya que suspenderá siempre todas las asignaturas (atribución global). Si atribuye a un factor concreto el resultado de la mala nota, por ejemplo, a que el cálculo o la asignatura en particular, no se le da bien y le cuesta más, entonces pensará que el resto de las asignaturas sí puede aprobarlas (atribución específica).

Atribución estable-inestable. El mantenimiento de la indefensión se debe a esta dimensión. Siguiendo con el niño del ejemplo, si atribuye su fracaso a una causa estable (pensar que no es inteligente), entonces juzgará que su falta de control sobre el rendimiento escolar es permanente (atribución estable). Contrariamente si lo atribuye a un factor no permanente (atribución inestable), por ejemplo, a que estudió poco o que estaba cansado, considerará que su falta de control sobre la situación ha sido sólo pasajera y, por tanto, causará menores sentimientos de indefensión (Banús, 2014).

Resumiendo, el modelo reformulado de la Indefensión Aprendida, argumenta que el niño que desarrolla la depresión presenta expectativas de daño, es decir, espera la ocurrencia de hechos aversivos o que no se den los deseados. También presenta las expectativas de incontrolabilidad, esto es que cree que ninguna de sus respuestas puedan cambiar la probabilidad de un evento. Finalmente y con base en las atribuciones, el niño depresivo, tiene un estilo atributivo peculiar ya que atribuye sus fracasos a factores internos, globales y estables, mientras que sus éxitos son atribuidos a factores externos, específicos e inestables (Banús, 2014).

2.4. Causas de la depresión infantil.

En la actualidad se considera la depresión como un fenómeno multifactorial en el que influyen diversas situaciones que hacen vulnerable al sujeto para padecer depresión en la infancia o en la vida adulta (De la Garza, 2007).

Un niño puede nacer con una disposición genética hacia la depresión porque sus padres o familiares cercanos la han padecido, porque quizá nazca con una conducta de inhibición social (timidez) que le obstaculice su desarrollo académico y social y lo haga vulnerable a la depresión, o porque la madre padeció depresión durante el embarazo y no recibió tratamiento. Después de nacer, los niños pudieron estar expuestos a experiencias vitales adversas, como abandono o maltrato. La ciencia ha explorado todo este cúmulo de factores, por lo que se realizará una revisión del desarrollo del niño, desde antes de nacer hasta que se le detecta depresión (De la Garza, 2007).

Genética: Sin duda, la genética es un factor determinante en el desarrollo de la depresión, no se tiene una prueba específica para determinarlo. Pero al igual que muchas otras enfermedades, como la diabetes, el cáncer y los problemas cardiacos es importante considerar que existe una tendencia familiar a padecer trastornos del ánimo. Los componentes genéticos de la depresión son generalmente aceptados por los científicos y los investigadores. Como hay muchas formas de depresión, es de esperar que más de un gen sea el responsable, por lo que la explicación más válida es que varios genes están alterados y que al interactuar pudiesen explicar este complejo trastorno (De la Garza, 2007).

Los estudios de gemelos idénticos que comparten el mismo material hereditario, demuestran que se tiene 50% de oportunidad de desarrollar

depresión si uno de ellos la padece. En cambio, cuando son gemelos fraternales (no idénticos), la posibilidad disminuye a 20% (De la Garza, 2007).

Los estudios en gemelos que fueron dados en adopción y que vivieron en familias diferentes permiten descartar lo genético de lo ambiental. Aquellos cuyos padres biológicos padecieron depresión tienen una propensión tres veces mayor de padecerla que la población general. Éstas son evidencias suficientes que indican una predisposición familiar (De la Garza, 2007).

La depresión es claramente un trastorno que se presenta más a menudo en padres con trastornos afectivos. La tendencia a heredar la vulnerabilidad a la depresión es un importante factor. No obstante, sería una conclusión demasiado precipitada el afirmar que la depresión infantil es determinada únicamente por factores genéticos, cuando existen otras alteraciones patológicas que pueden desarrollarse en tales familias en diferentes grados (De la Garza, 2007).

La presencia de depresión y ansiedad en los progenitores incrementa de manera significativa la posibilidad de que estos trastornos aparezcan en los niños, y sabemos que el alcoholismo en los padres es un riesgo para que los adolescentes desarrollen problemas de conducta y abuso de sustancias (De la Garza, 2007).

En conclusión, los factores genéticos pueden incrementar el riesgo de depresión y los hijos de padres depresivos tienen seis veces más riesgo de padecerla (De la Garza, 2007).

Neurotransmisores y depresión: En general se acepta que la depresión produce cambios en el balance químico del cerebro, el cual es un órgano altamente complejo con millones de células. El espacio entre dos neuronas

(sinapsis) es la unidad neurobiológica fundamental, y a través de la sinapsis se comunican entre ellas, incluso en áreas muy alejadas (De la Garza, 2007).

Se ha encontrado en pacientes depresivos una falta de balance en la comunicación de estas sustancias (neurotransmisores), particularmente en tres de ellas: la serotonina, la norepinefrina y la dopamina. Otros neurotransmisores están involucrados, pero éstos son los más estudiados hasta el momento (De la Garza, 2007).

La depresión por situaciones de vida: Se llama evento vital a las circunstancias del ambiente que pueden potencialmente alterar el bienestar físico o mental del niño y que disparan o dan comienzo a un período depresivo. Es la exposición a un evento indeseado durante días o semanas que produce un aumento en los síntomas mentales y conductuales, y que es capaz de desarrollar un deterioro a nivel psicosocial (De la Garza, 2007).

Hay cuatro tipos de eventos:

1.- El peligro hacia la persona: Como el sufrir un accidente o el padecer una enfermedad, verse involucrado en un desastre en la comunidad o ser víctima de un ataque personal.

2.- Peligro hacia otros. Cuando se es testigo de eventos similares a los anteriores hacia los padres, los hermanos, los amigos o los vecinos.

3.- Decepciones personales. Es la falta de las expectativas que produce desesperanza. Incluyen el rompimiento de una relación amorosa, fracaso en los exámenes o dificultades financieras.

4.- Pérdidas. Comprenden la muerte o la separación permanente de alguien muy amado (De la Garza, 2007).

Algunos de estos eventos, como las muertes o los desastres, pueden ser recordados toda la vida, por lo que es importante evaluar el impacto negativo en cada sujeto (De la Garza, 2007).

Pareciera ser que la exposición a los eventos negativos tempranos provoca una distorsión de lo que el niño piensa de sí mismo y empieza a crear pensamientos negativos que pueden ser activados por eventos posteriores. Es como si el niño se sensibilizara y quedara vulnerable a subsecuentes experiencias negativas (De la Garza, 2007).

Vínculo, trauma y depresión: Desde los trabajos pioneros de Bowlby en 1969 se superó la idea de que la interacción madre-hijo era sólo un vínculo que proveía nutrición y protección. Se descubrió que esta relación era mucho más compleja y que existía una serie de sistemas reguladores que, se desprendían de ahí, como el aprendizaje temprano, la memoria, la regulación térmica y la expresión de los afectos, y que cada uno de éstos tenía su propio principio regulador (De la Garza, 2007).

El bebé y su madre desarrollan una relación desde el vientre. Una prueba de esto es que el recién nacido puede reconocer la voz a las pocas horas después del parto y prefiere el sonido de la voz de la madre (De la Garza, 2007).

Fifer y Moon encontraron que el recién nacido prefiere más:

- La voz humana al silencio.
- La voz femenina a la masculina.
- El idioma materno a uno extranjero.

- La voz de su madre mientras le lee, a la voz de una mujer extraña (De la Garza, 2007).

El recién nacido prefiere el hablar familiar y las secuencias musicales a las que fue expuesto repetidamente durante el embarazo. Estas formas de aprendizaje del feto son una preparación para el encuentro con su madre, que incluyen el olor, el calor y el sonido (De la Garza, 2007).

La respuesta a la separación es parte integral del sistema de aproximación y alejamiento. Esta expresión afectiva motiva la naturaleza del bebé; según sea la respuesta de separación es la intensidad del vínculo (De la Garza, 2007).

Al alejarse de la madre, el niño llora y se desencadena una serie de cambios, como la baja de temperatura corporal que produce modificaciones a nivel cerebral (aminas biogénicas), y además disminuyen los niveles de la hormona del crecimiento por la pérdida del tacto y de las caricias. Si se reintegra el contacto con la madre, la hormona del crecimiento regresa a niveles normales (De la Garza, 2007).

Recientes descubrimientos han demostrado que uno de los sistemas que se desarrolla por la interacción madre-hijo es el eje hipotálamo, hipófisis y corteza suprarrenal (De la Garza, 2007).

Como respuesta al aislamiento, las hormonas del estrés (corticotropina y corticosterona) se incrementan hasta cinco veces, alterando el eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal. Esta reacción puede prevenirse dando leche y restableciendo el contacto físico. La presencia de la madre y la lactancia atenúan la respuesta del estrés (De la Garza, 2007).

Las emociones que se desatan por la separación están asociadas a cambios muy profundos de regulación que se producen en la separación prolongada. La experiencia de separación y su manejo produce experiencias internas que promueven la organización psicobiológica que regulará los cambios autonómicos, endocrinos y neurofisiológicos (De la Garza, 2007).

Los eventos traumáticos tempranos, como el abuso o el abandono, representan condiciones ambientales que inhiben el crecimiento e influyen en la maduración del hemisferio cerebral derecho de los niños. El desarrollo en los primeros tres años es especialmente importante, porque el hemisferio derecho está involucrado en las funciones vitales de apoyo a la supervivencia y dará las condiciones para que el individuo actúe pasiva o activamente ante el estrés (De la Garza, 2007).

Los niños que han sufrido abuso físico, sexual, descuido, falta de apoyo, pobre nutrición o pérdida de alguno de los padres tienden a desarrollar depresión en la vida adulta (De la Garza, 2007).

Las formas extremas de conducta negativa de los padres, como castigos severos y maltratos, han sido asociadas a depresión infantil. El rechazo y los castigos corporales son más frecuentes en los sujetos depresivos que en el grupo control (De la Garza, 2007).

Uno de los diversos estudios epidemiológicos, el del Instituto Nacional de Psiquiatría en México, demostró que las experiencias de estrés antes de los 15 años se asociaban a trastornos depresivos (De la Garza, 2007).

La depresión no es un trastorno simplemente de la regulación del ánimo, sino que incluye las alteraciones en el funcionamiento fisiológico y del pensamiento (De la Garza, 2007).

Los estudios recientes apuntan que la depresión antes de la pubertad está más ligada a factores ambientales. Aquella que se presenta posteriormente sería mejor entendida por la interacción de factores ambientales y genéticos (De la Garza, 2007).

Depresión infantil y ambiente: En una investigación realizada en Australia por Hammen y Brennan, (2003) con 286 niños de 15 años de edad y sus madres, quienes habían tenido un episodio depresivo durante los primeros 10 años de vida del hijo, se encontró que los niños de madres depresivas tenían el doble de riesgo de padecer depresión que aquellos niños nacidos de madres no depresivas (20% contra 10%) (en De la Garza, 2007).

La depresión materna y los altos niveles de ansiedad reportados seis meses después del parto se asocian de manera significativa con el temperamento del infante (De la Garza, 2007).

El desarrollo emocional de los niños tiene mucho que ver con el apego de las madres, que va a producir en los hijos las herramientas para regular sus emociones; esto se aprende durante los primeros años (De la Garza, 2007).

Se aprecian diferencias entre hombres y mujeres en el vivencial depresivo. Barber, Olsen y Shagle, (1994) estudiaron niños con depresión suicida y encontraron que las mujeres tenían experiencias de mayor desesperanza que los varones (en De la Garza, 2007).

Encontraron que las madres dominantes con poca comunicación tienden a estar presentes en casos de depresión y que, en cambio, la conducta de hostilidad paterna se relaciona más con problemas de conducta (Magnussen et al., 1995 en De la Garza, 2007).

Temperamento: Luby et al., (2003) describieron la depresión en niños preescolares y encontraron los típicos síntomas y signos de tristeza, irritabilidad, falta de placer y trastornos neurodegenerativos (dolor de estómago). Lo que es sorprendente es que esta sintomatología se encuentre a muy temprana edad (hasta niños de tres años) (en De la Garza, 2007).

También se encontró que en la temática de sus juegos eran evidentes los síntomas de depresión. Mol Lous et al., (2002) observaron en niños de tres a seis años, al jugar, menos coherencia y lenguaje simbólico en el juego y en general menores niveles de juego que en los niños no depresivos (en De la Garza, 2007).

En la actualidad, se observa a pequeños que desde muy temprano exhiben conductas compatibles con la depresión. Ellos pueden manifestar una falta de alegría o de placer, a lo que se llama anhedonia (De la Garza, 2007).

La investigación con gemelos que han sufrido eventos adversos sugiere que existen dos influencias genéticas independientes una de otra (De la Garza, 2007).

Se ha observado un aumento de los niveles de depresión independientemente de las experiencias sociales, y hay seres más vulnerables al estrés, esto demuestra que existen diferencias individuales en la respuesta a las demandas del ambiente (De la Garza, 2007).

En niños, adolescentes y adultos generalmente se acepta que los componentes cognitivos de los síndromes depresivos dificultan extremadamente el mantenimiento de un nivel académico o rendimiento profesional. El incremento en los conflictos familiares es una de las causas

relacionadas con la depresión en jóvenes. Shaffer y Waslick, (2003) mencionan que la irritabilidad en los niños puede conducir a frecuentes interacciones insatisfactorias con los padres o hermanos. Los conflictos pueden aparecer por el incremento de problemas académicos en los niños, los padres pueden alarmarse, preocuparse o con frecuencia, enfadarse a causa del bajo rendimiento académico.

Hay algunos factores del ambiente que pueden inducir o facilitar que se produzca una depresión en niños y adolescentes. Un niño no deseado, con poca o mala relación con sus padres y hermanos, o que es víctima de abuso o abandono tiene mayor riesgo de padecer depresión (Soutullo, 2005).

Los pequeños sometidos a malos tratos físicos habituales por parte de uno o ambos padres tienden a evolucionar de diversas formas: como retrasados psíquicos; o como psicópatas agresivos, firmes candidatos a la delincuencia, en el caso de los varones; o como psicópatas masoquistas, con baches depresivos o suicidios, en el caso de las niñas, sobre todo al llegar a la adolescencia (Cobo, 1992).

Se ha demostrado que el maltrato infantil tiene efectos de larga duración sobre el ajuste psicológico. Los estudios han apoyado constantemente los efectos negativos del maltrato infantil durante toda la vida, tanto en los niños maltratados, como en adultos sobrevivientes de maltrato (Cantón & Cortés, 1997). Uno de los resultados negativos que ha recibido mucho estudio es la depresión en adultos. Una serie de experiencias familiares violentas, incluidos los castigos corporales, abusos físicos, sexuales y la exposición al abuso interparental, han sido vinculados con los síntomas depresivos (Cantón & Cortés, 2002).

2.5. Síntomas de la depresión infantil.

La sintomatología depresiva en los niños puede expresarse de múltiples formas, considerando particularmente dos factores de riesgo: su tendencia a presentarse en determinadas familias y la existencia de situaciones de maltrato, que fundamentalmente afectan la seguridad por falta de respaldo social (Ajuriaguerra, 1982 en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

Con cierta frecuencia sucede que el mal comportamiento del menor, tanto en casa como en la escuela, enmascara una depresión porque no parece estar triste, aunque llegue a admitirlo, y para los adultos se tratará simplemente de mala conducta (Rodríguez, 2003 en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

El trastorno depresivo en los niños y los adolescentes ha estado presente en la bibliografía médica durante décadas. Estudios longitudinales han demostrado que existe una continuidad con la depresión que se da en la vida adulta (De la Garza, 2007).

En la actualidad resulta común hacer el diagnóstico en niños de seis años o mayores. Sabemos que los niños tienen una gran labilidad emocional (son cambiantes) y que tan pronto están tristes como alegres o con un estado normal. Un niño que persiste en tener un ánimo triste que interfiere con sus actividades diarias dentro de la familia o en la escuela, debe hacer pensar que padece depresión (De la Garza, 2007).

A continuación se enumeran los síntomas más frecuentes de la depresión infantil (De la Garza, 2007):

- Irritabilidad y coraje.
- Continuos sentimientos de tristeza y desesperanza.

- Aislamiento social.
- Sensibilidad al rechazo.
- Cambios en el apetito (suben o bajan de peso).
- Cambios en el sueño (insomnio o excesivo sueño).
- Llantos y agresión verbal.
- Problemas para concentrarse.
- Fatiga y falta de energía.
- Quejas físicas que no responden al tratamiento (dolor de estómago, cefalea y estreñimiento).
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Problemas para pensar.
- Pensamientos de muerte o de suicidio (De la Garza, 2007).

Existen también síntomas no verbales que son muy importantes, ya que con frecuencia los niños no comunican sus sentimientos espontáneamente. El diagnóstico puede hacerse con la observación corporal: al sentarse en una postura flácida, caminan con lentitud arrastrando los pies, hablan lentamente y en voz muy baja, contestan con monosílabos, y tienen cara triste o de disgusto. Algunos niños lloran excesivamente, sin embargo la irritabilidad y los problemas de conducta o escolares son los más frecuentes (De la Garza, 2007).

Varios autores han propuesto criterios específicos para el diagnóstico de la depresión en niños, si bien, son comúnmente utilizados los del DMS IV aplicados a niños con ligeras matizaciones o los del CIE-10 que son específicos para población infanto-juvenil (Banús, 2014).

A continuación se exponen, a modo de aproximación a la sintomatología depresiva, los criterios de Weinberg (1973) que constituyen un conjunto de

criterios operativos claros dirigidos específicamente a diagnosticar la depresión en niños (Banús, 2014).

La posición más extendida actualmente sostiene que la depresión infantil y adulta son semejantes, a pesar de que la edad modula las características y las repercusiones negativas del trastorno (Banús, 2014).

Respecto a su prevalencia en nuestro país se situaría alrededor del 2 al 3% de la población en niños de 9-10 años aumentando este porcentaje con la edad, para situarse en torno a valores superiores al 8% en adolescentes. De todas formas estos datos pueden ser superiores si se contemplan también diagnósticos leves o transitorios de depresión (Banús, 2014).

Categoría de los síntomas:	Manifestaciones:
1-Síntomas Principales	<p>1-Estado de ánimo disfórico (melancolía)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión. b) Cambios en el estado de ánimo, malhumor. c) Irritabilidad, se enfada fácilmente. d) Hipersensibilidad, llora fácilmente. e) Negativismo, resulta difícil de complacer. <p>2- Ideación autodespreciativa</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo). b) Ideas de persecución. c) Deseos de muerte. d) Deseo de huir, de escaparse de casa. e) Tentativas de suicidio.
2-Síntomas Secundarios	<p>3- Conducta agresiva (agitación)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dificultades en las relaciones interpersonales b) Facilidad para riñas o discusiones. c) Poco respeto a las figuras de autoridad.

	<p>4- Alteraciones de sueño</p> <p>a) Insomnio inicial. b) Sueño inquieto. c) Insomnio tardío. d) Dificultad para despertar por la mañana.</p> <p>5- Cambios en el rendimiento escolar</p> <p>a) Quejas frecuentes de los maestros, pobre concentración, dificultades en la atención. b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares. c) Pérdida del interés en actividades extraescolares.</p> <p>6- Socialización disminuida</p> <p>a) Menor participación en grupo. b) Menos simpático o agradable con los demás. c) Retraimiento Social. d) Pérdida de los intereses sociales habituales.</p> <p>7- Cambio de actitud hacia la escuela</p> <p>a) Pérdida de placer en actividades escolares b) Negativa o rechazo a ir a la escuela.</p> <p>8- Quejas somáticas</p> <p>a) Cefaleas no migrañosas. b) Algas abdominales. c) Otras preocupaciones o quejas somáticas.</p> <p>9- Pérdida de la energía habitual</p> <p>a) Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares. b) Disminución de la energía, fatiga física o mental.</p> <p>10- Cambios en el apetito y/o en el peso habitual</p>
--	--

Según este modelo, para establecer el diagnóstico de depresión deben concurrir dos síntomas principales y al menos dos secundarios. Estos síntomas deberían persistir al menos durante cuatro semanas consecutivas. Dichos síntomas deben constituir un cambio significativo respecto al funcionamiento anterior del niño (Banús, 2014).

2.6. Problemas emocionales y afrontamiento.

La senda del desarrollo humano integral se ve marcada, especialmente en los primeros años de vida, por una serie de cambios evolutivos que involucran tanto el crecimiento físico como la aparición de nuevos fenómenos psíquicos. Los estudios sobre el desarrollo temprano muestran que los primeros años de vida de un niño son un período sensible a la desadaptación y propicio para el establecimiento de problemas en el plano emocional, ligados a desajustes y desarmonías en el desarrollo (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Existe una serie de desajustes que pueden ser prevenidos y la intervención temprana sobre estos problemas resulta mucho más eficaz que la intervención tardía. Por esto, es conveniente definir y describir las diferentes problemáticas en salud mental en esta temprana etapa de la vida y reconocer las influencias múltiples de dichas áreas problemáticas entre sí.

Específicamente, una problemática constituye un conjunto de dificultades que se pueden presentar impidiendo el logro del desarrollo integral de un niño. Siempre hay que tener en cuenta que el impacto final de un acontecimiento estresante, o del estrés sostenido, depende de tres elementos:

- La severidad del acontecimiento o situación (su intensidad y duración en ese nivel de intensidad; lo imprevisto del acontecimiento y la frecuencia e impredecibilidad de su recurrencia).
- La edad del niño, sus recursos innatos y la fuerza de su psiquismo en formación.
- La accesibilidad y la capacidad de los adultos que lo rodean para servir como amortiguadores y ayudar al niño a comprender el evento o las circunstancias difíciles, y lidiar con ello.

Las fuentes de estrés que constituyen factores de riesgo pueden estar presentes en la vida de un niño pequeño de diferentes maneras:

- Directa: por ejemplo, una enfermedad del niño que requiere su hospitalización.
- Indirecta: por ejemplo, uno de sus padres se enferma y esto lleva a una separación.

A su vez pueden ser:

- Agudas: por el impacto de un evento traumático como un accidente.
- Sostenidas: un ambiente hostil como estilo de relación en el hogar, por ejemplo (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Los trastornos del espectro emocional, tradicionalmente, siempre se han asociado más a población adulta que a población infanto-juvenil. Hoy en día asistimos a un aumento de estas patologías en población infantil. La importancia de detectarlas y tratarlas a tiempo es de vital importancia. Las emociones (positivas y negativas) y la forma en que el niño las procesa van a ser uno de los pilares de su personalidad en el futuro (Banús, 2014).

Algunas veces las emociones abruma a los niños y provocan problemas graves. La depresión es un trastorno del estado de ánimo en el que el individuo se siente infeliz, desmoralizado, aburrido y en el que se menosprecia a sí mismo (Santrock, 2006).

Los bebés también pueden presentar trastornos en su desarrollo derivados de estados depresivos. Estos estados se encuentran ligados, en general, a carencias tanto cuantitativas como cualitativas en los vínculos con sus cuidadores primarios (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Se puede inferir la existencia de una organización depresiva en un bebé cuando encontramos que falta en él la natural curiosidad e interés tanto hacia las personas y los objetos que lo rodean, como hacia su propio cuerpo (atonía psíquica o falta de tono vital), cuando disminuyen los intercambios sociales en la relación del bebé con las personas que lo rodean y, además, cuando se muestra indiferente respecto de la identidad de las personas con las que se conecta, es decir, actúa de modo similar con diferentes personas, sin mostrar preferencias o rechazos. En este sentido, suele suceder que la angustia del bebé frente a los extraños, que es un hito esperable del desarrollo cercano al octavo mes, no aparece (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Respecto de su motricidad, un bebé o un niño pequeño deprimido puede mostrar movimientos repetitivos o parciales –inicia movimientos y los interrumpe antes de haber terminado la acción–, y este “enlentecimiento” es más notorio respecto de la motricidad gruesa que de la motricidad fina (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

También puede suceder que un bebé deprimido presente mayor tendencia a enfermarse o a dormir más tiempo que el esperable, o evidencie trastornos psicósomáticos. Asimismo, hay casos en que el estado depresivo se traduce, más que en quietud y atonía, en estados de agitación e inestabilidad motriz (moverse sin parar) y en insomnio persistente (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

Las conductas en la niñez vinculadas con la depresión suelen ser más generales que en la adultez, lo que dificulta su diagnóstico (Weiner, 1980 en Santrock, 2006). Muchos niños deprimidos manifiestan agresión, fracaso escolar, ansiedad, conducta antisocial y malas relaciones con los padres.

John Bowlby (1969,1989) considera que un apego inseguro, la falta de amor y afecto en la crianza del niño, o la pérdida real de uno de los padres durante la niñez, provocan que el niño desarrolle un esquema cognoscitivo negativo (en Santrock, 2006).

En la perspectiva cognoscitiva de Aaron Beck (1973), los individuos se deprimen porque en su desarrollo temprano adquirieron esquemas cognoscitivos caracterizados por la autodevaluación y la falta de confianza en el futuro (en Santrock, 2006).

La teoría de Martin Seligman plantea que la depresión es desamparo aprendido; es decir, cuando los individuos se ven expuestos a experiencias negativas que no pueden controlar, como dolor y estrés prolongado, tienden a deprimirse (Seligman, 1975 en Santrock, 2006).

Suicidio: El comportamiento suicida es raro entre los niños, pero aumenta durante la adolescencia temprana. Hoy en día, el suicidio es la tercera causa de muerte de adolescentes de 13 a 19 años de edad en Estados Unidos (National Center for Health Statistics, 2004 en Santrock, 2006).

La Organización Mundial de la Salud, OMS, establece que a diario se registran 3 mil intentos de suicidios, y aunque en México aún no hay estadísticas claras, la Secretaría de Salud estima que cada año hay hasta 14 mil intentos, sin considerar a los consumados.

Uno de cada 10 intentos es concluido, lo que coloca a México en el noveno país de muertes autoinfligidas, de una lista de 53 aproximadamente. Según la OMS, sólo un escaso número de suicidios se producen sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión.

En la última estadística de INEGI: Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009, quedó asentado que en nuestro país se suicidaron 5,190 personas, 4201 eran varones y 989 mujeres. La mayoría prefirió el mes de mayo, la minoría, febrero.

Adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, ocupan el primer lugar en sectores vulnerables, en segundo lugar se ubican personas adultas y en tercero adultos mayores, sin embargo se ha detectado un incremento en niños menores de 10 años, (Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, México, 2014).

Estrés y afrontamiento: El estrés es la respuesta de los individuos a las circunstancias y eventos (llamados estresores) que amenazan y ponen a prueba sus capacidades de afrontamiento. El estrés infantil se ve afectado por factores cognoscitivos, eventos de vida, problemas cotidianos y factores socioculturales (Santrock, 2006).

Factores cognoscitivos: Hasta cierto grado, lo que los niños perciben como estresante depende de su evaluación e interpretación cognoscitiva de los eventos (Sanders & Willis, 2005 en Santrock, 2006). El investigador del estrés Richard Lazarus (1996), ha planteado esta perspectiva con mayor claridad. La evaluación cognoscitiva es el término utilizado por Lazarus para las interpretaciones que dan los niños a los eventos peligrosos, amenazantes o desafiantes de su vida, y su determinación de si poseen los recursos para afrontar de manera efectiva tales eventos.

Desde el punto de vista de Lazarus, los eventos se evalúan en 2 pasos:

En la evaluación primaria, los individuos interpretan si un evento implica un daño o pérdida que ya ha ocurrido, una amenaza que implica algún peligro futuro o un desafío a vencer.

Según Lazarus, después de que los niños evalúan a nivel cognoscitivo el daño, la amenaza o el desafío de un evento, realizan una evaluación secundaria. En la evaluación secundaria, los individuos miden sus recursos y determinan qué tan eficaz pueden ser para enfrentar el evento. El afrontamiento implica un amplio rango de estrategias potenciales, habilidades y capacidad para manejar de manera adecuada los eventos estresantes (Santrock, 2006).

Eventos de la vida y problemas cotidianos: Los niños experimentan una gama de estresores, desde los comunes hasta los más graves.

Las experiencias cotidianas de la vida, así como los eventos importantes, pueden ser los causantes del estrés (Dángelo & Wierzbicki, 2003 en Santrock, 2006). Las presiones cotidianas que experimentan los niños al tener una vida de familia tensa o al vivir en la pobreza pueden provocar grandes cantidades de estrés y, eventualmente, trastornos psicológicos o enfermedades físicas (Pillow, Zautra & Sandler, 1996 en Santrock, 2006).

Factores socioculturales: Los factores socioculturales que influyen en el estrés incluyen el estrés de la aculturación y de la pobreza. El estrés de la aculturación es por las consecuencias negativas de los cambios culturales que resultan del contacto continuo y de primera mano entre 2 grupos culturales diferentes (Santrock, 2006).

La pobreza impone mucho estrés a los niños y a sus familias (McLoyd, 2000 en Santrock, 2006). A diferencia de otros niños, los niños pobres son más propensos a experimentar eventos amenazantes e incontrolables.

En este apartado, se han tocado diversos factores que afectan el afrontamiento de los niños ante circunstancias de maltrato, así como distintas consecuencias del mismo, por lo que a continuación se abordará

la forma de evaluar una de ellas, la depresión, la cual es objeto de este trabajo.

2.7. Evaluación de la depresión infantil.

Algunas veces surgen dificultades entre los profesionales del área clínica y de la salud cuando enfrentan el reto de diagnosticar este trastorno en los niños. Sobre todo a la falta de unidad en la utilización del término depresión. Ajuriaguerra (1982) menciona que las variables que podrían intervenir para evaluarla de manera confiable, son el desarrollo o etapa evolutiva por la que atraviesa el niño, el rendimiento intelectual y las características emocionales de los menores, así como a la incapacidad de los niños más pequeños para expresar con precisión sus estados de ánimo (en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

Los instrumentos de evaluación de la depresión infantil varían en función del marco teórico del que derivan y de lo que pretenden medir. Así, cuando se quieren medir las conductas interiorizadas, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel, como las entrevistas estandarizadas, los inventarios, las escalas, los cuestionarios y las pruebas pictóricas. En cambio, cuando lo que se busca medir es la conducta manifiesta, se efectúan una observación, registro de conductas y una aplicación del juego infantil (en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

Diversas investigaciones muestran que los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la depresión infantil son fundamentalmente el Child Depression Inventory (CDI, Kovacs & Beck, 1977) y el Child Depression Scale (CDS, Tisher & Lang, 1974; Lang & Tisher, 2003 en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

El CDS es aplicable a niños comprendidos entre los ocho y dieciséis años, es decir, a sujetos que puedan comprender el contenido de los elementos. Su aplicación está indicada en todos los casos en que se sospeche la depresión. Como está señalado anteriormente, hay muchas características que han mostrado relación consistente con la depresión en la infancia: el niño parece o es visto como triste, desgraciado, lloroso, aburrido, aislado, apático, con dificultades sociales, con problemas psicósomáticos (dolores de cabeza, quejas abdominales, dificultades en el sueño, etc.), poca autoestima, sentimientos de inutilidad, sensación de no ser querido, preocupación por la salud o la muerte, manifestaciones anómalas de la agresividad, etc. Puede ser aconsejable cuando se tenga noticia de otros indicativos tales como una gran privación, una pérdida de una persona importante para él, un bajo rendimiento escolar, una enfermedad física o una ruptura familiar (Lang & Tisher, 2003).

El CDS, es idealmente un instrumento de aplicación individual: el niño sentado a la mesa frente al investigador. En esta situación es más probable que el sujeto se sienta más confortable y animado a compartir sus experiencias y sentimientos con el examinador (lo cual redundará en unas respuestas más válidas); además se pueden recoger observaciones sobre conductas no verbales en el desarrollo de la aplicación (Lang & Tisher, 2003).

El CDS pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas. Por tanto, la validez del instrumento depende de la apertura y sinceridad con que el niño responda a las cuestiones, y estas características están a su vez relacionadas con el clima logrado entre el examinador y el examinado (Lang & Tisher, 2003).

Cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 en la dirección del rasgo de la depresión, desde **Muy en Desacuerdo** a **Muy de Acuerdo** en los elementos de tipo depresivo, y desde **Muy de Acuerdo** a **Muy en Desacuerdo** en los de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos (subescalas AA y PV) se logra que todos ellos apunten hacia el rasgo de la depresión (Lang & Tisher, 2003).

Para facilitar esta tarea de puntuación en las contestaciones recogidas en la hoja de respuesta, se ha diseñado una plantilla de corrección que permite tener las puntuaciones directas de todas las subescalas y anotarlas en el margen derecho de la hoja (Lang & Tisher, 2003).

Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante el uso de la plantilla de corrección aplicada a la hoja de respuestas, es fácil buscar en la tabla la columna correspondiente a la escala o subescala a interpretar. En cada columna se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará: la puntuación centil en la primera columna de la izquierda y la puntuación decatipo en la columna de la derecha de la tabla (Lang & Tisher, 2003).

Considerando la importancia de contar con instrumentos necesarios que sirvan como apoyo para dar un diagnóstico fiable y con el propósito de dar una intervención temprana se hizo la adaptación del CDS para niños de la población mexicana, entre los 8 y 14 años de edad. Este estudio fue realizado en 1996 por Cruz, Morales y Ramírez para normalizar y validar la prueba con una muestra de 1250 sujetos que cursaban entre el 3^a y 6^a grado de educación primaria en el Distrito Federal (Cruz, Morales & Ramírez, 1996).

Entre las aportaciones más importantes se mencionan la modificación de algunos reactivos, la elaboración de una hoja de ejemplos para facilitar la

comprensión de cada una de las opciones de la hoja de respuestas, se diseñó una hoja de perfil del niño y una plantilla de calificación para la Versión Mexicana del CDS, así como el propio manual (Cruz, Morales & Ramírez, 1996).

Los resultados muestran que la prueba es confiable con un coeficiente total de .85, así también para el sexo femenino y para el masculino, ya que se obtuvieron los coeficientes .83 para los niños y .82 para las niñas (Cruz, Morales & Ramírez, 1996).

Concluyen que el CDS es un instrumento que posee exactitud en lo que se refiere a la estabilidad temporal, así como su estructura interna. La prueba mide solamente lo que debe medir y presentan normas de calificación para la población mexicana, pudiendo establecer tres tipos de comparaciones: intergrupo, interedad e intersexo. Se considera de gran utilidad este estudio puesto que no hay más instrumentos estandarizados a la población infantil mexicana (Cruz, Morales & Ramírez, 1996).

En 1991, Gutiérrez realizó una investigación cuyo objetivo era el de aportar información acerca de la prevalencia de depresión infantil, estudiando una muestra de niños de Educación Primaria, detectando síntomas o rasgos depresivos mediante el uso de una prueba específica: Children Depression Scale (CDS). Además, de descubrir las posibles relaciones entre los rasgos depresivos y otras variables como: estabilidad familiar, aprovechamiento y comportamiento escolar, edad y grado escolar. Del análisis de los datos obtenidos por la aplicación de la prueba CDS, se tiene que: a) La prueba aplicada (CDS) parece tener buen rango de sensibilidad, pero sólo en niños que ya presentan algunos problemas de depresión, b) La prueba detecta algunos problemas no relacionados con la depresión, c) La consistencia interna de la prueba aparece cuando se

han formado grupos, d) La prevalencia de depresión en la muestra estudiada corresponde a las cifras reportadas por otros autores.

Los autoregistros son también parte fundamental de la evaluación y se utilizan ampliamente en casos de depresión infantil.

En terapia de conducta normalmente se utilizan para recoger información:

- a) Cantidad de actividades agradables.
- b) Nivel de satisfacción en las actividades agradables medido con escala estimación.
- c) Estado de ánimo evaluado también con escala de estimación.

En terapia cognitiva se efectúan autoregistros a tres columnas:

- a) En la columna de la izquierda se detallan las situaciones desencadenantes.
- b) En la columna central se describen los pensamientos automáticos y su credibilidad con escala estimación.
- c) En la derecha se anotan las emociones experimentadas y su intensidad, medida igualmente con escala de estimación (Banús, 2014).

Es de suma importancia conocer el proceso de desarrollo de las emociones y cómo es que éste se va dando de forma paulatina y va pasando por diferentes etapas, desde la infancia hasta la adolescencia, así como de la importancia que tienen los cuidadores en el desarrollo emocional de los niños, pues son ellos quienes sirven como guía y apoyo proporcionándoles estrategias que puedan ayudarles en un futuro. Existen muchas causas por las cuales, los niños pueden presentar depresión. Sin embargo, el maltrato infantil es una de las principales, es por eso que se

abordará el tema de la depresión como una consecuencia del maltrato en la infancia.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Justificación y planteamiento del problema.

A pesar del creciente interés por investigar y denunciar el maltrato infantil en nuestro país, no se tienen cifras contundentes que reflejen la verdadera panorámica que se encuentra de forma privada en la mayoría de las familias, así como las consecuencias en el aspecto emocional de los niños que experimentan estas agresiones. Por lo tanto, es necesario investigar el fenómeno del maltrato a menores, con la finalidad de generar herramientas que permitan concientizar y sensibilizar a los padres de familia, las cuales conlleven a la prevención de estas experiencias traumáticas y sus incidencias en el estado emocional en los niños y promuevan el tratamiento psicológico del maltrato en los mismos.

Investigaciones como las de Scarpa, Haden y Chiara (2010) sugirieron que el maltrato físico, la depresión y la agresividad están relacionados, pero las diferencias de género siguen estando poco entendidas. Por lo que investigaron las diferencias de género en relación con diversos constructos. Sus resultados indican diferencias significativas entre la depresión y el maltrato físico, así como entre el maltrato infantil y la agresividad, con aspectos que sólo pertenecen al género masculino. Estos resultados sugieren que los enlaces del maltrato físico, la depresión y la agresividad son específicos de los hombres, mientras que los eventos negativos de la vida pueden jugar un rol más importante en las mujeres.

Por otra parte en un artículo realizado por Fletcher y Jason (2009), examinaron la asociación entre maltrato infantil (abuso sexual o maltrato físico) y la depresión durante la adolescencia y los adultos jóvenes. Los

investigadores relacionaron al maltrato infantil como uno de los predictores más importantes de la depresión. Los resultados en esta investigación generalmente apoyan las investigaciones realizadas anteriormente en donde muestran que la relación entre maltrato infantil y la depresión es más común en las mujeres, incluso dentro de la familia. Finalmente, los resultados sugieren que los efectos del maltrato infantil en la depresión pueden incrementar a medida que los menores crezcan.

Mientras tanto en México, Sarabia (2009) menciona que una de las problemáticas que representan mayor impacto dentro de nuestra sociedad, es el fenómeno del maltrato infantil. En general, el maltrato infantil se presenta en cualquier estrato social, sin importar raza, sexo o edad; sin embargo, las consecuencias en las esferas del desarrollo del menor son obvias y preocupantes. Por lo que, en su estudio analizó las respuestas emocionales de menores que han sido expuestos a situaciones de maltrato infantil. Con los resultados se obtuvieron elementos que sugieren la presencia de alteración emocional tanto en niñas, como en niños, relacionados con el maltrato infantil.

Estas investigaciones han permitido contar con importantes antecedentes relacionados con el maltrato infantil y el comportamiento emocional de las víctimas, por lo que el presente estudio, se enfocó en realizar un análisis por género de las repercusiones que experimentan, específicamente refiriéndose a la incidencia de casos de depresión en menores víctimas de maltrato.

Finalmente se considera que es de gran importancia el estudio del tema de la depresión en menores víctimas de maltrato, dado que los resultados que se pueden obtener en la investigación contribuyen a un mejor

entendimiento del problema. De ahí que se planteó para este estudio la siguiente pregunta de investigación:

¿El nivel de depresión medido a través de la Escala de Depresión para Niños CDS de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009), será diferente en niños y niñas víctimas de maltrato ingresados al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF?

3.2. Objetivo general.

El objetivo de la presente investigación fue analizar el nivel de depresión y las diferencias que existen entre niños y niñas de entre 6 y 12 años de edad, ingresados al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF, que han sido víctimas de maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).

3.3. Objetivos específicos.

- Identificar las diferencias estadísticamente significativas en el área de Respuesta Afectiva (RA) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).
- Identificar las diferencias estadísticamente significativas en el área de Problemas Sociales (PS) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).
- Identificar diferencias estadísticamente significativas en el área de Autoestima (AE) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a

maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).

- Identificar diferencias estadísticamente significativas en el área de Preocupación por la Muerte (PM) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).
- Identificar diferencias estadísticamente significativas en el área de Sentimientos de Culpabilidad (SC) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).
- Identificar diferencias estadísticamente significativas en el área Depresivos Varios (DV) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).
- Identificar diferencias estadísticamente significativas en el área Ánimo-Alegría (AA) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).
- Identificar diferencias estadísticamente significativas en el área de Positivos Varios (PV) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato, mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).

3.4. Hipótesis conceptual.

Un menor expuesto a situaciones de violencia puede presentar depresión en situaciones de maltrato específicos (Paniagua, 2006 en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). Si en el niño maltratado se aprecian conductas de inestabilidad emocional que van de los comportamientos agresivos, entonces las reacciones emocionales asociadas a las respuestas depresivas se presentaran de manera diferente tanto en los niños como en las niñas que han sido expuestos a situaciones de violencia.

3.5. Hipótesis específicas.

- H₁** Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Respuesta Afectiva (RA) mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato.

- H₂** Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Problemas Sociales (PS) mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato.

- H₃** Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Autoestima (AE) mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato.

- H₄** Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Preocupación por la Muerte (PM) mediante la Escala de Depresión

para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato.

- H₅** Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Sentimientos de Culpabilidad (SC) mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato.
- H₆** Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área Depresivos Varios (DV) mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato.
- H₇** Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área Ánimo-Alegría (AA) mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato.
- H₈** Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Positivos Varios (PV) mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato.

3.6. Variables.

- Depresión infantil
 - Respuesta Afectiva (RA).
 - Problemas Sociales (PS).
 - Autoestima (AE).

- Preocupación por la Muerte (PM).
 - Sentimiento de Culpabilidad (SC).
 - Depresivos Varios (DV).
 - Ánimo-Alegría (AA).
 - Positivos Varios (PV).
- Género

3.7. Definición de variables.

Maltrato infantil: Todas aquellas acciones que van en contra de un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, cometidas por personas, instituciones o la propia sociedad. Ello supone la existencia de maltrato físico, psicológico, negligencia y abuso sexual (en Santaella, Ampudia, Sánchez & Hernández, 2010).

Depresión infantil: Puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas duran más de dos semanas y de trastorno disfímico cuando los síntomas pasan de un mes (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

- **Respuesta Afectiva:** Refieren frecuentes sentimientos de desdicha y tristeza que les provocan de manera inexplicable un deseo repentino de llorar, reacción que les sobreviene fuera de casa (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).
- **Problemas Sociales:** A menudo experimentan sentimientos de soledad y temor al abandono, factores que limitan sus posibilidades de independencia, adaptación y relación en contextos extrafamiliares (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

- **Autoestima:** Es evidente la tendencia hacia la baja autoestima. Son severos en la autocrítica y por tanto son comunes los sentimientos de inadecuación y las ideas de poca valía acerca de sí mismos, haciéndolos creer que son poco merecedores del afecto de los demás (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).
- **Preocupación por la Muerte:** En esta escala se concentran respuestas de ansiedad, temor y diversas fantasías de daño y perjuicio, que dirigen de manera tanto autodirigida como heterodirigida, dinámica que les produce culpa y ambivalencia (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).
- **Sentimiento de Culpabilidad:** El pensamiento omnipotente característico de estos menores sustenta las fantasías de daño hacia los demás y retroalimenta las ideas persecutorias y los sentimientos de culpa que los paralizan. Esto los vuelve menos asertivos en sus vínculos y contactos, incluso llegan a pensar que merecen el castigo del aislamiento (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).
- **Depresivos Varios:** En el caso particular de la muestra de menores con maltrato que han participado en el Proyecto Factores de Riesgo para la Salud Mental y Psicopatología del Maltrato Infantil, DGAPA, Programa de apoyo a proyectos de investigación e innovación tecnológica (PAPIIT), N0. IN302706-2, resultó significativa la función de esta escala, puesto que permitió confirmar las respuestas típicas de estos menores acerca del manejo que hacen de la hostilidad al canalizarla tanto al exterior como hacia sí mismos (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).
- **Ánimo-Alegría:** A pesar de las autorreferencias de tristeza, desdicha, soledad y abandono, culpas y baja autoestima, los menores parecen conservar una actitud optimista y esperanzadora para disfrutar de algunas actividades y relaciones propias de la edad, situación que podría indicar que no carecen del todo de recursos (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

- **Positivos Varios:** Por lo común, estos niños se mantienen atentos a las reacciones y afecto de los demás y persiguen de manera persistente la aceptación y aprobación de otras personas, elementos indispensables para su autoconfirmación (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

Género: Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos (OMS, 2013).

3.8. Muestra.

Se trata de una muestra no probabilística, debido a que la elección de casos dependió de los criterios de la investigación y por cuota porque se seleccionaron niños y niñas víctimas de maltrato ingresados al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF, haciendo la muestra representativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.9. Sujetos.

Para esta investigación se consideró una muestra de 60 niños (30 niños y 30 niñas) de entre 6 y 12 años de edad del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF, víctimas de maltrato.

3.10. Instrumentos.

Se utilizó la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). Es un instrumento sistemático, estructurado de forma específica para población infantil. Se compone de 66 elementos que, en su mayoría, están

formulados en sentido depresivo, lo que afirmaría una situación indicativa de este síndrome. El resto alude a situaciones que no presentan contenido depresivo. El contenido de los reactivos se divide en dos grandes áreas: Total Depresivo con seis subpruebas y Total Positivo con dos subpruebas. Se obtienen por tanto dos grandes dimensiones: Total depresivo (6 subescalas) y Total positivo (2 subescalas). Las subescalas son importantes para especificar e interpretar una puntuación Total Depresiva o Positiva (Lang y Tisher, 2003).

Aplicación

El CDS es aplicable a niños comprendidos entre los 6 y 16 años, es decir, a sujetos que puedan comprender el contenido de los elementos. Es un instrumento de aplicación individual: el niño sentado a la mesa frente al examinador. El CDS pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas. Por tanto, la validez del instrumento depende de la apertura y sinceridad con que el niño responde a las cuestiones, y estas características están, a su vez, relacionadas con el clima logrado entre examinador y examinado (Lang y Tisher, 2003).

Calificación

Cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 en la dirección del rasgo de la depresión, desde Muy en Desacuerdo a Muy de Acuerdo en los elementos de tipo depresivo y desde Muy de Acuerdo a Muy en Desacuerdo en los de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos (subescalas AA y PV) se logra que todo ellos apunten hacia el rasgo de la depresión. Para facilitar esta tarea de puntuación en las contestaciones recogidas en la Hoja de repuestas, se ha diseñado una Plantilla de corrección que permite obtener las puntuaciones directas de todas las subescalas y anotarla en el margen derecho de la Hoja. Una vez anotadas

las puntuaciones directas de las 8 subescalas en el margen derecho de la Hoja, se procede a obtener las 2 dimensiones superiores, Total Positivo y Total Depresivo. El Total Depresivo es la suma de las primeras 6 subescalas. El Total Positivo es la suma de las 2 últimas. Una vez obtenidas las puntuaciones directas, se puede pasar a la fase de la interpretación (Lang y Tisher, 2003).

Interpretación

Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante el uso de la Plantilla de corrección aplicada a la Hoja de respuestas, es fácil buscar en la tabla la columna correspondiente a la escala o subescala a interpretar. En cada columna se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y, a la misma altura, horizontalmente, se encontrará: la puntuación centil en la primera columna de la izquierda y la puntuación decatipo en la columna de la derecha de la tabla.

La puntuación centil, indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento.

Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de 10 puntos (media = 5,50, desviación = 2), que puede ser fácilmente comprendida por el público en general. En los decatipos centrales (5 y 6) queda comprendido el 40 por ciento medio; si el alejamiento de la media fuese algo mayor, dentro de los decatipos 4, 5, 6 y 7 se encuentran los dos tercios (en realidad 68,26 por ciento) de una distribución, lo cual se considera el grupo promedio; los decatipos 2-3 y 8-9 indican una gran desviación de la media y, por último, los decatipos 1 y 10 son valores extremos; todas estas posiciones se entienden de modo relativo a la población específica sobre la cual se realizó la tipificación (Lang y Tisher, 2003).

Validez y confiabilidad

Considerando la importancia de contar con instrumentos necesarios que sirvan como apoyo para dar un diagnóstico fiable y con el propósito de dar una intervención temprana se hizo la adaptación del CDS para niños de la población mexicana, entre los 8 y 14 años de edad. Este estudio fue realizado en 1996 por Cruz, Morales y Ramírez para normalizar y validar la prueba con una muestra de 1250 sujetos que cursaban entre el 3^a y 6^a grado de educación primaria en el Distrito Federal (Cruz, Morales & Ramírez, 1996).

Entre las aportaciones más importantes se mencionan la modificación de algunos reactivos, la elaboración de una hoja de ejemplos para facilitar la comprensión de cada una de las opciones de la hoja de respuestas, se diseñó una hoja de perfil del niño y una plantilla de calificación para la Versión Mexicana del CDS, así como el propio manual (Cruz, Morales & Ramírez, 1996).

Los resultados muestran que la prueba es confiable con un coeficiente total de .85, así también para el sexo femenino y para el masculino, ya que se obtuvieron los coeficientes .83 para los niños y .82 para las niñas (Cruz, Morales & Ramírez, 1996).

Concluyen en que el CDS es un instrumento que posee exactitud en lo que se refiere a la estabilidad temporal, así como su estructura interna. La prueba mide solamente lo que debe medir y presentan normas de calificación para la población mexicana, pudiendo establecer tres tipos de comparaciones: intergrupo, interesad e intersexo. Se considera de gran utilidad este estudio puesto que no hay más instrumentos estandarizados a la población infantil mexicana (Cruz, Morales & Ramírez, 1996).

3.11. Tipo de estudio.

Es un estudio no experimental, ya que no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos y ex post facto porque no se controlan las variables independientes, dado que el estudio se basa en analizar eventos ya ocurridos de manera natural (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), como es el caso de esta investigación, en donde los menores fueron ingresados al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF por presentar antecedentes de maltrato.

Se trató de un estudio descriptivo, debido a que se buscó especificar propiedades, características y rasgos de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.12. Diseño de investigación.

Es un diseño investigación transversal, puesto que se realiza sin manipular deliberadamente variables, sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Es transversal, debido a que se recogen datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En esta investigación fueron utilizadas dos muestras con una sola aplicación, con el propósito de hacer la respectiva comparación de las

mismas con el fin de describir así las variables, debido a que se buscó especificar las características y el nivel de depresión de los niños maltratados, comparando las diferencias existentes entre niños y niñas.

3.13. Procedimiento.

- En primer lugar, se revisaron los expedientes de niños que fueron ingresados al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF, y que fueron integrados dentro del proyecto de investigación “Modelo de atención para la prevención, evaluación y tratamiento del maltrato infantil”. DGAPA, Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), No. IN307309) que es un proyecto interinstitucional en el que colaboran profesores de la Facultad de Psicología, UNAM. Instituciones participantes: Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría del Distrito Federal, Subdirección de Atención a Víctimas del Delito de la Procuraduría del Distrito Federal, Centro de Investigación Victimológica y de Apoyo Operativo de la Procuraduría del Distrito Federal; y la Universidad de Salamanca, España cuya responsable es la Dra. Amada Ampudia Rueda.
- Se seleccionaron de una base de 250 casos a los sujetos que presentaran antecedentes de maltrato físico.
- Se identificaron los menores que serían considerados para la muestra.
- Se tomaron 60 niños y niñas de entre 6 y 12 años de edad.
- Posteriormente se realizó la aplicación de forma individual la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994). (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).
- Luego se capturaron los registros obtenidos con el paquete estadístico SPSS y una vez capturada la información se procedió a realizar el análisis estadístico correspondiente.

- Finalmente los resultados se presentaron, interpretaron y explicaron, para así facilitar la comprensión de las variables.

3.14. Análisis estadístico.

Los datos fueron analizados mediante la estadística descriptiva, mediante la distribución de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas género, edad, escolaridad, número de hermanos, lugar que ocupa el menor entre ellos y las personas con las que vivía el menor antes de ser ingresado al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF obtenidos de los expedientes a través del Cuestionario Sociodemográfico (CSD), (Ampudia, R.A 2012)

Del mismo modo se obtuvo la distribución de frecuencias y porcentajes de cada uno de los reactivos de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados), en el cual se analizaron las diversas respuestas de los niños y las niñas.

Finalmente se utilizó la estadística inferencial, no paramétrica mediante la prueba Mann Whitney U, con el propósito de obtener diferencias de género (niños-niñas) del nivel de depresión. En las variables: Depresión infantil (Respuesta Afectiva (RA), Problemas Sociales (PS), Autoestima (AE), Preocupación por la Muerte (PM), Sentimiento de Culpabilidad (SC), Depresivos Varios (DV), Ánimo-Alegría (AA), Positivos Varios (PV) y género.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir del objetivo planteado para esta investigación que fue analizar el nivel de depresión de menores con antecedentes de maltrato, obtenido a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados), se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos, así como una comparación entre género.

Para describir las características de la muestra se llevó a cabo un análisis mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas obtenidos de los expedientes a través del Cuestionario Sociodemográfico (CSD), (Ampudia, R.A 2012) que son: género, edad, escolaridad, número de hermanos, lugar que ocupa el menor entre ellos y las personas con las que vivía el menor antes de ser ingresado al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF.

En el segundo análisis se obtuvieron de la misma forma a través de la estadística descriptiva las frecuencias y porcentajes de cada uno de los reactivos de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados), que posteriormente fueron separados de acuerdo a las áreas del instrumento que son: Respuesta Afectiva, Problemas Sociales, Autoestima, Preocupación por la Muerte, Sentimiento de Culpabilidad, Depresivos Varios, Ánimo-Alegría y Positivos Varios.

Finalmente se utilizó la estadística inferencial, no paramétrica mediante la prueba Mann Whitney U, con el propósito de obtener diferencias de género (niños-niñas) del nivel de depresión.

4.1. Estadística descriptiva de las variables sociodemográficas.

En el primer análisis las variables sociodemográficas que se incluyeron fueron: género, edad, escolaridad, número de hermanos, lugar que ocupa el menor entre ellos y las personas con las que vivía el menor antes de ser ingresado al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF. En la variable género los datos se distribuyeron de la siguiente forma.

Tabla 1. Variable Género

	F	%
MASCULINO	30	50
FEMENINO	30	50
Total	60	100

Para la muestra de esta investigación, se tomaron los resultados de 60 menores con antecedentes de maltrato, de los cuales 30 son niños y 30 niñas, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 2. Variable Edad

	MASCULINO		FEMENINO	
	F	%	F	%
6	4	13.3	5	16.7
7	2	6.7	3	10.0
8	8	26.7	4	13.3
9	8	26.7	7	23.3
10	2	6.7	9	30.0
11	3	10.0	1	3.3
12	3	10.0	1	3.3
Total	30	100	30	100
	Media=8.8 D.E. =1.8		Media=8.6 D.E.=1.6	

Respecto a la variable edad, se puede observar en la Tabla 2, que en los menores de género masculino, la Media de edad fue de 8.8 con una D.E. de 1.8, encontrando que el nivel de edad que tiene un mayor puntaje es

de 8 y 9 años con un 26.7%, seguido de los menores de 6 años con un 13%, posteriormente los niños de 11 y 12 años con un 10% respectivamente y finalmente los niños de 7 años con un 7%.

En el caso de las niñas la Media de edad fue de 8.6 con una D.E. de 1.6, el mayor porcentaje se encuentra en el nivel de edad de 10 años con un 30%, seguido de la edad de 9 años con un valor de 23.3%, posteriormente se encuentra la edad de 6 años con un 16.7%, continuada la edad de 8 años con un 13.3%, con menor porcentaje las niñas de 7 años con 10% y finalmente las menores de 11 y 12 años con un 3.3% respectivamente.

Tabla 3. Variable Escolaridad

GÉNERO		F	%			F	%
MASCULINO	Primero	15	50	FEMENINO	Primero	12	40
	Segundo	5	16.7		Segundo	2	6.7
	Tercero	2	6.7		Tercero	6	20.0
	Cuarto	4	13.3		Cuarto	8	26.7
	Sexto	3	10.0		Quinto	1	3.3
	No asiste	1	3.3		Sexto	1	3.3
	Total	30	100		Total	30	100

En la Tabla 3, se observa que todos los menores se encuentran en edad escolar, sin embargo uno de los menores no asiste a la escuela.

En los niños maltratados la mayoría de ellos se encuentra en primero de primaria con un 50%, seguido de los menores que cursan segundo de primaria al tener un 16.7%, después se encuentra el cuarto grado con un 13.3%, posteriormente sexto año obteniendo un 10%, consecutivamente el tercer grado con un 6.7% y finalmente con 3.3% se encuentra el menor que no acude a la escuela.

Por su parte se observa que en las niñas al igual que los niños presentan un mayor porcentaje en el primer año al tener un 40%, seguido de cuarto año con 26.7%, después con un 20% el tercer grado, continuado del segundo año al presentar 6.7% y finalmente quinto y sexto año obtienen el mismo porcentaje 3.3%.

Tabla 4. Variable Número de hermanos

Género		F	%			F	%
MASCULINO	Uno	7	23.3	FEMENINO	Uno	8	26.7
	Dos	6	20.0		Dos	7	23.3
	Tres	3	10.0		Tres	7	23.3
	Cuatro	3	10.0		Cuatro	3	10.0
	Cinco	4	13.3		Cinco	3	10.0
					Hijo		
	Diez	1	3.3		único	2	6.7
	Hijo único	5	16.7				
	Un hermanastro	1	3.3				
	Total	30	100		Total	30	100

En cuanto al número de hermanos se encontró como se observa en la Tabla 4, que la mayoría de los niños tiene un hermano con un 23.3%, siguiendo los que tienen dos hermanos con un 20%, continúa los que son hijos únicos con 16.7%, posteriormente los que tienen cinco hermanos al obtener un 13.3%, después con el mismo porcentaje 10% se encuentran los que tienen tres y cuatro hermanos, finalmente con un 3.3% están los que tienen 10 hermanos y un hermanastro.

En el caso de las niñas se presenta un 26.7% que cuentan con un solo hermano, seguido de las niñas que tienen dos y tres hermanos con un

23.3%, con un 10% se encuentran las que tienen cuatro y cinco hermanos y finalmente con un 6.7% las que son hijas únicas.

Tabla 5. Variable Lugar entre hermanos

Género		F	%	Género		F	%
MASCULINO	Primero	12	40	FEMENINO	Primero	8	26.67
	Segundo	8	26.7		Segundo	10	33.33
	Tercero	1	3.3		Tercero	10	33.33
	Cuarto	2	6.7		Hijo único	2	6.67
	Quinto	3	10				
	Hijo único	5	13.3				
	Total	30	100		Total	30	100

En la Tabla 5, se muestra que en cuanto al lugar que tiene el menor dentro de la familia, el mayor porcentaje se encuentra en los menores de género masculino que son primogénitos con un 40%, enseguida están los niños que se encuentran en segundo lugar entre sus hermanos con un 26.7%, después están los que son hijos únicos con un 13.3%, continuados de los que ocupan el quinto lugar entre sus hermanos con un 10%, con un menor porcentaje están los que ocupan el cuarto lugar con un 6.7% y finalmente los que ocupan el tercer lugar con un 3.3%.

En las niñas por su parte se observa que presentan el mismo porcentaje las que ocupan el segundo y tercer lugar entre sus hermanos con un 33.33%, seguidas de las primogénitas con un 26.67% y finalmente las que son hijas únicas con un 6.67%.

Tabla 6. Variable Con quién vivió antes del ingreso

Género		F	%			F	%
MASCULINO	Sólo con mamá	7	23.3	FEMENINO	Sólo con mamá	8	26.7
	Sólo con papá	3	10		Sólo con papá	2	6.7
	Con ambos	13	43.3		Con ambos	7	23.3
	Tíos/as	2	6.7		Tíos/as	8	26.7
	Abuelito/a	1	3.3		Abuelito/a	1	3.3
	Otros	2	6.7		Otros	2	6.7
	Mamá y padrastro	1	3.3		No contestó	2	6.7
	No contestó	1	3.3				
	Total	30	100		Total	30	100

Con respecto a la variable con quién vivió antes del ingreso al albergue, se observa en la Tabla 6, que los niños mayoritariamente vivían con ambos padres al obtener un 43.3%, en menor proporción se encuentran los niños que vivían solamente con su mamá con un 23.3%, consecutivamente los niños que vivían sólo con su papá con 10%, posteriormente los niños que vivían con tíos/as o con otros al tener 6.7% y finalmente los menores que vivían con la abuelita/o, mamá y padrastro y el menor que no contestó con un 3.3%.

Por su parte se muestra que las niñas principalmente vivían sólo con su mamá o con tíos/as al presentar 26.7%, siguiendo las menores que vivían con ambos padres al tener 23.3%, con un menor porcentaje se encuentran las niñas que no contestaron, las que vivían solo con el padre y con otros con 6.7% y finalmente están las niñas que vivían con abuelito/a obteniendo un 3.3%.

4.2. Estadística descriptiva de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994).

Como segundo análisis se obtuvieron a través de la estadística descriptiva las frecuencias y porcentajes de cada uno de los reactivos de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados), que después fueron separados de acuerdo a las áreas del instrumento que se dividen en Total Depresivo que incluyen las áreas: Respuesta Afectiva, Problemas Sociales, Autoestima, Preocupación por la Muerte, Sentimiento de Culpabilidad, Depresivos Varios y Total Positivo, que se compone de Ánimo-Alegría y Positivos Varios, para posteriormente comparar los niveles de depresión tanto positivos como negativos entre niños y niñas.

Total Depresivo

Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Respuesta Afectiva (RA)

Reactivos	Niños (n= 30)										Niñas (n=30)									
	MD		D		NES		A		MA		MD		D		NES		A		MA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.	6	20	10	33.3	1	3.3	3	10	10	33.3	5	16.7	9	30	6	20	9	30	1	3.3
A veces me gustaría estar ya muerto.	17	56.7	3	10	5	16.7	3	10	2	6.7	10	33.3	7	23.3	5	13.3	5	16.7	4	13.3
Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.	12	40	7	23.3	2	6.7	3	10	6	20	9	30	2	6.7	2	6.7	10	33.3	7	23.3
Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.	11	36.7	4	13.3	8	26.7	3	10	4	13.3	6	20	5	16.7	3	10	7	23.3	9	30
A veces pienso que no vale la pena vivir en esta vida.	13	43.3	1	3.3	7	23.3	6	20	3	10	6	20	6	20	6	20	7	23.3	5	16.7
Cuando estoy fuera de casa me siento desdichado.	7	23.3	7	23.3	5	16.7	5	16.7	6	20	5	16.7	6	20	1	3.3	9	30	9	30
Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.	9	30	7	23.3	3	10	3	10	8	26.7	2	6.7	4	13.3	3	10	12	40	9	30
Creo que mi vida es desgraciada.	9	30	8	26.7	7	23.3	3	10	3	10	8	26.7	5	16.7	4	13.3	7	23.3	6	20

Nota: MD= Muy en Desacuerdo; D= Desacuerdo; NES= No Estoy Seguro; A= de Acuerdo; MA= Muy de Acuerdo.

En cuanto al área Respuesta Afectiva se puede observar que **los niños** en el reactivo *Muchas veces me siento desgraciado en el colegio* presentan con la misma frecuencia las respuestas Muy de Acuerdo (MA) y en Desacuerdo (D) con un 33.3%, siguiéndole la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con un 20%, posteriormente la respuesta de Acuerdo (A) con un 10% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con un 3.3%. **Las niñas**, por su parte, en este mismo reactivo respondieron con el mismo puntaje de 30% estar de Acuerdo (A) y en Desacuerdo (D) siendo esta la mayor puntuación, seguido de la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 20%, después la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 16.7% y finalmente Muy de Acuerdo (MA) con 3.3%.

En el reactivo *A veces me gustaría estar ya muerto*, en **los niños** la respuesta que obtuvo una mayor frecuencia fue Muy en Desacuerdo (MD) con un 56.7%, seguido de la respuesta No Estoy Seguro (NES) con un 16.7%, después con la misma frecuencia se encuentran las respuestas en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con un 10% y por último con un 6.7% la respuesta Muy de Acuerdo (MA). En cuanto a **las niñas**, la mayor puntuación se encuentra en Muy en Desacuerdo (MD) con 33.3%, seguido de en Desacuerdo (D) con 23.3%, posteriormente la respuesta de Acuerdo (A) con 16.7% y por último con la misma puntuación las respuestas No Estoy Seguro (NES) y Muy de acuerdo (MA) con 13.3%.

En el siguiente reactivo *Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar*, mayoritariamente **los niños** contestaron que están Muy en Desacuerdo (MD) en un 40%, continuando con la respuesta Desacuerdo (D) con un 23.3%, siguiéndole la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con 20%, posteriormente la respuesta de Acuerdo (A) con 10% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con un 6.7%. En **las niñas** el mayor puntaje está en la respuesta de Acuerdo (A) con 33.3%, le sigue el de Muy en Desacuerdo

(MD) con 30%, posteriormente están Muy de Acuerdo (MA) con 23.3% y con la misma puntuación se encuentran las respuestas en Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) con 6.7%.

En la pregunta *Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado*, se observa que **los niños** están Muy en Desacuerdo (MD) en un 36.7%, seguido de la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 26.7%, después con el mismo puntaje se encuentran las respuestas Muy de Acuerdo (MA) y Desacuerdo (D) con un 13.3% y finalmente con 10% la respuesta de Acuerdo (A). Por su parte **las niñas** reportaron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 30%, después mencionaron estar de Acuerdo (A) con un 23.3%, luego con 20% la respuesta Muy en Desacuerdo (MD), seguido de en Desacuerdo (D) con 16.7% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con un 10%.

En el reactivo *A veces pienso que no vale la pena vivir en esta vida*, en **los niños** el mayor puntaje se encuentra en la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 43.3% seguido de en Desacuerdo (D) con 33%, después No Estoy Seguro (NES) con un 23.3%, posteriormente de Acuerdo (A) con 20% y finalmente Muy de Acuerdo (MA) con 10%. En este mismo reactivo **las niñas** dijeron estar de Acuerdo (A) en un 23.3%, con el mismo puntaje se encuentran las respuestas Muy en Desacuerdo (MD), en Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) con un 20% y por último la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con un 16.7%.

En el siguiente reactivo *Cuando estoy fuera de casa me siento desdichado*, **los niños** presentan la misma frecuencia de respuesta en Muy en Desacuerdo (MD) y de Acuerdo (A) con 23.3% siendo esta la más alta puntuación, seguido de Muy de Acuerdo (MA) con 20% y por último No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con el mismo puntaje de 16.7%. En el caso de **las niñas**, con la misma puntuación se encuentran las respuestas

de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con 30% teniendo éstas el mayor puntaje, le sigue la respuesta Desacuerdo (D) con 20%, después la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 16.7% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con 3.3%.

En la pregunta *Algunas veces no sé porque me dan ganas de llorar*, se observa que la mayoría de **los niños** opinan estar Muy en Desacuerdo (MD) con 30%, con menor puntaje se encuentran los que están Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, luego los que están en Desacuerdo (D) con 23.3%, finalmente con la misma puntuación los que respondieron No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con 10%. Se encontró, que **las niñas** están de Acuerdo (A) en un 40%, seguido de las que respondieron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 30%, posteriormente las que están en Desacuerdo (D) con un 13.3%, seguidas de las que respondieron No Estoy Seguro (NES) con 10% y por último las que están Muy en Desacuerdo (MD) con un 6.7%.

En el reactivo *Creo que mi vida es desgraciada*, mayoritariamente **los niños** respondieron estar Muy en Desacuerdo (MD) en un 30%, seguido de Desacuerdo (D) con 26.7%, después No Estoy Seguro (NES) con 23.3% y por último, con el mismo puntaje los que están de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con 10%. En su caso **las niñas** reportaron estar Muy en Desacuerdo (MD) con un 26.7%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con un 23.3%, posteriormente las que respondieron Muy de Acuerdo (MA) con un 20%, seguidas de las que respondieron en Desacuerdo (D) con un 16.7% y finalmente las que respondieron No Estoy Seguro (NES) con un 13.3% (**Tabla 7**).

Tabla 8. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Problemas Sociales (PS)

Reactivos	Niños (n= 30)										Niñas (n=30)									
	MD		D		NES		A		MA		MD		D		NES		A		MA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	9	30	5	16,7	4	13,3	5	16,7	7	23,3	7	23,3	6	20	5	16,7	5	16,7	7	23,3
Me siento solo muchas veces	8	26,7	7	23,3	1	3,3	7	23,3	7	23,3	4	13,3	1	3,3	3	10	10	33,3	12	40
A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro	10	33,3	7	23,3	4	13,3	5	17	4	13,3	2	6,7	6	20	6	20	10	33,3	6	20
Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	13	43,3	8	26,7	2	6,7	5	17	2	6,7	3	10	4	13,3	7	23,3	11	36,7	4	13,3
La mayor parte del tiempo siento que nadie me comprende	6	20	9	30	3	10	7	23	5	16,7	7	23,3	7	23,3	2	6,7	6	20	8	26,7
Nadie sabe de lo desgraciado que me siento por dentro	9	30	9	30	6	20	3	10	3	10	4	13,3	2	6,7	7	23,3	6	20	11	36,7
A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	10	33,3	7	23,3	2	6,7	6	20	5	16,7	7	23,3	8	26,7	1	3,3	5	16,7	9	30
Cuando estoy fuera de casa me siento vacío	8	26,7	5	16,7	2	6,7	8	27	7	23,3	5	16,7	6	20	5	16,7	5	16,7	9	30

Nota: MD= Muy en Desacuerdo; D= Desacuerdo; NES= No Estoy Seguro; A= de Acuerdo; MA= Muy de Acuerdo.

Respecto al área de Problemas Sociales (PS), en el reactivo *A menudo pienso que nadie se preocupa por mí*, se puede notar que en **los niños** la respuesta con mayor incidencia fue Muy en Desacuerdo (MD) con un 30%, siguiéndole la opción Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, después en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con la misma puntuación de 16.7% y finalmente la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 13.3%. En el caso de **las niñas**, las mayores puntuaciones se encuentran en Muy en Desacuerdo (MD) y en Muy de Acuerdo (MA) con 23.3% respectivamente, le sigue en Desacuerdo (D) con 20% y por último No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con 16.7% respectivamente.

En el siguiente reactivo, *Me siento solo muchas veces*, **los niños** respondieron mayoritariamente Muy en Desacuerdo (MD) con 26.7%, seguido de las respuestas en Desacuerdo (D), de Acuerdo (A) y Muy de

Acuerdo (MA) con el mismo puntaje de 23.3%, por último la opción No Estoy Seguro (NES) con 3.3%. **Las niñas** respondieron mayoritariamente estar Muy de Acuerdo (MA) en un 40%, posteriormente las que están de Acuerdo (A) con 33.3%, siguiéndole las que eligieron estar Muy en Desacuerdo (MD) con 13.3%, después No Estoy Seguro (NES) con 10% y finalmente en Desacuerdo (D) con 3.3%.

En la pregunta *A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro*, **los niños** reportaron estar Muy en Desacuerdo (MD) con un 33.3%, continuado los que respondieron en Desacuerdo (D) con 23.3%, después los que están de Acuerdo (A) con 16.7% y finalmente los que respondieron No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con 13.3% respectivamente. **Las niñas** obtuvieron el mayor puntaje en la respuesta de Acuerdo (A) con 33.3%, le siguen las respuestas en Desacuerdo (D), No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con el mismo puntaje de 20% y Muy en Desacuerdo (MD) con 6.7%.

En el reactivo *Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio*, **los niños** respondieron en su mayoría Muy en Desacuerdo (MD) con un 43.3%, siguiendo la respuesta en Desacuerdo (D) con 26.7%, después la opción de Acuerdo (A) con 16.7% y luego No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con el mismo porcentaje de 6.7%. Por su parte **las niñas** reportaron estar Muy de Acuerdo (MA) en un 36.7%, después mencionaron No Estoy Seguro (NES) en un 23.3%, luego las respuestas en Desacuerdo (D) y Muy de Acuerdo (MA) con 13.3% cada una, seguido de Muy en Desacuerdo (MD) con 10%.

En cuanto al reactivo *La mayor parte del tiempo siento que nadie me comprende*, **los niños** respondieron estar en Desacuerdo (D) en un 30%, mientras que 23.3% está de Acuerdo (A), le siguen los que respondieron

Muy en Desacuerdo (MD) con un 20%, después están los que eligieron estar Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y finalmente los que respondieron No Estoy Seguro (NES) con 10%. En el caso de **las niñas** con 26.7%, siendo el mayor puntaje, está la opción Muy de Acuerdo (MA), continuándole las respuestas Muy en Desacuerdo (MD) y en Desacuerdo (D) con la misma puntuación de 23.3%, siguiendo de Acuerdo (A) con 20% y después la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 6.7%.

Por su parte **los niños** en la pregunta *Nadie sabe de lo desgraciado que me siento por dentro* refirieron de igual forma estar Muy en Desacuerdo (MD) y en Desacuerdo (D) en un 30%, siendo éste el mayor puntaje, le sigue el obtenido en la opción No Estoy Seguro (NES) con 20% y por último las opciones de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con un 10% cada una. **Las niñas** dijeron estar Muy de Acuerdo (MA) en un 36.7%, seguido de la opción No Estoy Seguro (NES) con un 23.3%, posteriormente está de Acuerdo (A) con 20%, luego Muy en Desacuerdo (MD) con 13.3% y con 6.7% la respuesta en Desacuerdo (D).

En la siguiente pregunta *A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie*, **los niños** mencionaron estar Muy en Desacuerdo (MD) en un 33.3%, siendo éste el mayor puntaje, seguido de los que opinaron estar en Desacuerdo (D) con 23.3%, luego los que eligieron la opción de Acuerdo (A) con 20%, después los que están Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y por último los que respondieron No Estoy Seguro (NES) con 6.7%. Se encontró que **las niñas** están Muy de Acuerdo (MA) en un 30%, seguido de las que respondieron estar en Desacuerdo (D) con 26.7%, posteriormente las que están en Muy en Desacuerdo (MD) con un 23.3%, seguidas de las que respondieron de Acuerdo (A) con 16.7% y por último las que respondieron No Estoy Seguro (NES) con 23.3%.

Finalmente en el reactivo *Cuando estoy fuera de casa me siento vacío*, **los niños** señalaron con el mismo puntaje de 26.7% estar Muy en Desacuerdo (MD) y de Acuerdo (A), siguiendo la opción Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, después la de en Desacuerdo (D) con 16.7% y con la menor puntuación la opción No Estoy Seguro (NES) con 6.7%. En **las niñas** el mayor puntaje está en la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con 30%, posteriormente está la opción en Desacuerdo (D) con 20% y con el mismo puntaje se encuentran las respuestas Muy en Desacuerdo (MD), No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con un 16.7%, siendo las menores puntuaciones (**Tabla 8**).

Tabla 9. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Autoestima (AE)

Reactivos	Niños (n= 30)										Niñas (n=30)									
	MD		D		NES		A		MA		MD		D		NES		A		MA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
A menudo pienso que valgo poco	10	33.3	6	20	4	13.3	5	16.7	5	16.7	8	26.7	8	26.7	2	6.7	5	16.7	7	23.3
Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	8	26.7	8	26.7	5	16.7	8	26.7	1	3.3	5	16.7	6	20	0	0	14	46.7	5	16.7
Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	13	43.3	5	16.7	3	10	4	13.3	5	16.7	7	23.3	7	23.3	4	13.3	7	23.3	5	16.7
A menudo me odio a mí mismo	12	40	9	30	3	10	8	6.7	4	13.3	11	36.7	4	13.3	1	3.3	6	20	8	26.7
A menudo me avergüenzo de mí mismo	10	33.3	7	23.3	5	16.7	6	20	2	6.7	6	20	8	26.7	4	13.3	6	20	6	20
A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala	11	36.7	6	20	6	20	7	13.3	0	0	7	23.3	5	16.7	5	16.7	8	26.7	5	16.7
Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo nada	12	40	5	16.7	4	13.3	5	23.3	4	13.3	6	20	12	40	0	0	4	13.3	8	26.7
La mayor parte del tiempo pienso que no soy tan bueno como quiero ser	8	26.7	5	16.7	4	13.3	6	20	7	23.3	4	13.3	7	23.3	2	6.7	9	30	8	26.7

Nota: MD= Muy en Desacuerdo; D= Desacuerdo; NES= No Estoy Seguro; A= de Acuerdo; MA= Muy de Acuerdo.

Dentro del área Autoestima (AE), se observa para el caso de **los niños** que en la pregunta *A menudo pienso que valgo poco* respondieron estar Muy

en Desacuerdo (MD) con 33.3%, siendo ésta la mayor puntuación, después se encuentra la opción en Desacuerdo (D) con 20%, le siguen las opciones de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con el mismo puntaje de 16.7% y finalmente la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 13.3%. Por su parte **las niñas** respondieron mayoritariamente con 26.7% las opciones Muy en Desacuerdo (MD) y en Desacuerdo (D), siguiéndole la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, después de Acuerdo (A) con 16.7% y por último la de No Estoy Seguro (NES) con 6.7%.

En la siguiente pregunta, *Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo*, **los niños** eligieron con el mismo porcentaje de 26.7%, las opciones Muy en Desacuerdo (MD), en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A), continuándole la opción No Estoy Seguro (NES) con 16.7% y por último con 3.3% la de Muy de Acuerdo (MA). **Las niñas** eligieron la opción de Acuerdo (A) con 46.7%, siguiéndole la de en Desacuerdo (D) con 20% y posteriormente las opciones Muy en Desacuerdo (MD) y Muy de Acuerdo (MA) con 16.7%. La opción No Estoy Seguro (NES) no obtuvo puntuación.

En el reactivo *Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento*, **los niños** mencionaron estar Muy en Desacuerdo (MD) en un 43.3%, siendo la opción de más incidencia, continuándole las de en Desacuerdo (D) y Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% cada una, después de Acuerdo (A) con 13.3% y No Estoy Seguro (NES) con 10%. **Las niñas** respondieron en su mayoría estar Muy en Desacuerdo (MD), en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 23.3% para cada opción, le sigue la de Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y con menor puntaje la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 13.3%.

En el siguiente reactivo, *A menudo me odio a mí mismo*, **los niños** se mostraron Muy en Desacuerdo (MD) con 40%, siendo la mayor puntuación, le sigue en Desacuerdo (D) con 30%, posteriormente Muy de Acuerdo (MA)

con 13.3%, después No Estoy Seguro (NES) con 10% y finalmente de Acuerdo (A) con 6.7%. **Las niñas** reportaron mayor puntaje en la opción Muy en Desacuerdo (MD) con 36.7%, siguiéndole Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, luego de Acuerdo (A) con 20%, posteriormente la respuesta en Desacuerdo (D) con 13.3% y por último con 3.3% la opción No Estoy Seguro (NES).

En cuanto a la pregunta *A menudo me avergüenzo de mí mismo*, **los niños** respondieron en mayor medida estar Muy en Desacuerdo (MD) con 33.3%, le siguen los que están en Desacuerdo (D) con 23.3%, después los que están de Acuerdo (A) con 20%, luego los que respondieron No Estoy Seguro (NES) en un 16.7% y por último los que están Muy de Acuerdo (MA) con 6.7%. En cuanto a **las niñas**, ellas refirieron un mayor porcentaje en la elección de respuesta en Desacuerdo (D) con 26.7%, siguiendo las opciones Muy en Desacuerdo (MD), de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con 20% respectivamente y finalmente la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 13.3%.

Dentro del reactivo *A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala*, se observa que **los niños** están Muy en Desacuerdo (MD) en un 36.7%, siguiéndole los que mencionaron estar de Acuerdo (A) con 26.7% y después los de en Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) con 20%. La opción Muy de Acuerdo (A) no obtuvo puntaje. **Las menores** reflejaron una mayor incidencia de respuesta en la opción de Acuerdo (A) con 26.7%, después con 23.3% está la opción Muy en Desacuerdo (MD) y posteriormente se encuentran las respuestas en Desacuerdo (D), No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% cada una.

En la pregunta siguiente, *Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo nada*, **los niños** respondieron Muy en Desacuerdo (MD) en un 40%, siendo

el mayor puntaje y con la misma puntuación le sigue en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 16.7%, y con 13.3% las repuestas No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA). **Las niñas** mostraron en su mayoría estar de Acuerdo (A) en un 40%, con menor puntaje le siguieron las respuestas Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, luego Muy en Desacuerdo (MD) con 20% y finalmente con 13.3% la opción de Acuerdo (A). La respuesta No Estoy Seguro (NES) no fue elegida por las niñas.

Finalmente en el reactivo *La mayor parte del tiempo pienso que no soy tan bueno como quiero ser*, **los niños** reportaron con mayor porcentaje estar Muy en Desacuerdo (MD) con 26.7%, después Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, posteriormente la opción de Acuerdo (A) con 20%, luego en Desacuerdo (D) con 16.7% y por último con 13.3% la respuesta No Estoy Seguro (NES). **Las niñas** obtuvieron los siguientes puntajes: la respuesta de Acuerdo (A) obtuvo 30%, siendo el mayor entre las opciones, le sigue Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, luego en Desacuerdo (D) con 23.3%, después Muy en Desacuerdo (MD) con 13.3% y con 6.7% No Estoy Seguro (NES) es la menor puntuación (**Tabla 9**).

Tabla 10. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable *Preocupación por la Muerte (PM)*

Reactivos	Niños (n= 30)										Niñas (n=30)									
	MD		D		NES		A		MA		MD		D		NES		A		MA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Me despierto a menudo durante la noche	8	26.7	4	13.3	3	10	7	23.3	8	26.7	6	20	4	13.3	4	13.3	10	33.3	6	20
Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	11	36.7	6	20	3	10	5	16.7	5	16.7	8	26.7	6	20	4	13.3	6	20	6	20
La mayor parte del tiempo no tengo ganas de hacer nada	15	50	6	20	0	0	7	23.3	2	6.7	6	20	2	6.7	3	10	11	36.7	8	26.7
Muchas veces me dan ganas de no levantarme en las mañanas	5	16.7	7	23.3	1	3.3	6	20	11	36.7	9	30	3	10	1	3.3	7	23.3	10	33.3
Muchas veces me siento muerto por dentro	10	33.3	7	23.3	3	10	7	23.3	3	10	4	13.3	6	20	2	6.7	12	40	6	20
Estando en el colegio me siento cansado todo el tiempo	13	43.3	5	16.7	2	6.7	4	13.3	6	20	5	16.7	5	16.7	5	16.7	7	23.3	8	26.7
A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero	10	33.3	4	13.3	4	13.3	7	23.3	5	16.7	5	16.7	4	13.3	2	6.7	11	36.7	8	26.7

Nota: MD= Muy en Desacuerdo; D= Desacuerdo; NES= No Estoy Seguro; A= de Acuerdo; MA= Muy de Acuerdo.

Respectivamente en el área Preocupación por la muerte (PM), **los niños** en el reactivo *Me despierto a menudo durante la noche*, se puede observar que presentan la misma frecuencia las respuestas Muy en Desacuerdo (MD) y Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, posteriormente la respuesta de Acuerdo (A) con un 23.3% siguiéndole la respuesta en Desacuerdo (D) con 13.3% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con un 10% de las preferencias. En cuanto a **las niñas**, presentan la mayor frecuencia de respuesta en la opción de Acuerdo (A) con 33.3%, después con iguales puntajes las opciones Muy en Desacuerdo (MD) y Muy de Acuerdo (MA) con 20% y por último las opciones en Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) con el mismo puntaje de 13.3%.

En el siguiente reactivo *Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco*, **los niños** contestaron que están Muy en Desacuerdo (MD) en un 36.7%, continuándole la respuesta en Desacuerdo (D) con un 20%, siguiendo las opciones de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (A) con 16.7% cada una y posteriormente la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 10%. **Las niñas** mencionaron estar Muy en Desacuerdo (MD) en un 26.7%, siendo el mayor puntaje, seguido del 20% obtenido en las respuestas en Desacuerdo (D), de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) respectivamente, posteriormente se localiza la opción No Estoy Seguro (NES) con 13.3%.

En la pregunta *La mayor parte del tiempo no tengo ganas de hacer nada* se puede observar que la mitad de **los niños** opinan estar Muy en Desacuerdo (MD) con 50%, con menor puntaje se encuentran los que están de Acuerdo (A) con 23.3%, luego los que están en Desacuerdo (D) con 20%, finalmente los que respondieron Muy de Acuerdo (MA) con 6.7%. La opción No Estoy Seguro (NES) no fue elegida por los participantes. Se encontró que **las niñas** están de Acuerdo (A) en un 36.7%, seguido de las que respondieron estar Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, luego las que están Muy en Desacuerdo (MD) con 20%, después las que respondieron No Estoy Seguro (NES) con 10% y las que están en Desacuerdo (D) con 6.7%.

En el reactivo *Muchas veces me dan ganas de no levantarme en las mañanas*, mayoritariamente **los niños** respondieron estar Muy de Acuerdo (MA) con 36.7%, seguido de en Desacuerdo (D) con 23.3%, después de Acuerdo (A) con 20%, luego Muy en Desacuerdo (MD) con 16.7% y por último No Estoy Seguro (NES) con 3.3% de las preferencias. **Las niñas** respondieron mayoritariamente estar Muy de Acuerdo (MA) en un 33.3%, posteriormente las que están Muy en Desacuerdo (MD) con 30%, siguiéndole las que eligieron estar de Acuerdo (A) con 23.3%, después las

que están en Desacuerdo (D) con 10% y finalmente con 3.3% las que escogieron la opción No Estoy Seguro (NES)

En el reactivo *Muchas veces me siento muerto por dentro* la respuesta que en **los niños** obtuvo una mayor frecuencia fue Muy en Desacuerdo (MD) con un 33.3%, seguido de las respuestas en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 23.3% respectivamente, después con la misma frecuencia se encuentran la respuestas No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con un 10%. Por su parte **las niñas** reportaron estar de Acuerdo (A) en un 40%, después mencionaron en un 20% las respuestas en Desacuerdo (D) y Muy de Acuerdo (MA), seguido de Muy en Desacuerdo (MD) con 13.3% y luego con el menor puntaje la opción No Estoy Seguro (NES) con 6.7%.

En la pregunta *Estando en el colegio me siento cansado todo el tiempo*, el mayor puntaje en **los niños** se encuentra en la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 43.3% seguido de Muy de Acuerdo (MA) con 20%, después en Desacuerdo (D) con 16.7%, posteriormente de Acuerdo (A) con 13.3% y finalmente con 6.7% la opción No Estoy Seguro (NES). En cuanto a **las niñas** la mayor puntuación está en la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, después la opción de Acuerdo (A) con 23.3% y por último le siguen las respuestas de Muy en Desacuerdo (MD), en Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) con el mismo puntaje de 16.7%.

Por último en las respuestas de **los niños** en esta área, en el reactivo *A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero* se observa que están Muy en Desacuerdo (MD) en un 33.3%, seguido de los que se encuentran de Acuerdo (A) con 23.3%, después con 16.7% está la opción Muy de Acuerdo (MA) y finalmente con el mismo puntaje de 13.3%, se encuentran las respuestas en Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES). **Las niñas** dijeron estar de Acuerdo (A) en un 36.7%, le sigue la opción Muy de

Acuerdo (MA) con un 26.7%, posteriormente está la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 16.7%, después en Desacuerdo (D) con 13.3% y finalmente con 6.7% de las preferencias No Estoy Seguro (NES) (**Tabla 10**).

Tabla 11. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable *Sentimiento de Culpabilidad (SC)*

Reactivos	Niños (n= 30)										Niñas (n=30)									
	MD		D		NES		A		MA		MD		D		NES		A		MA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre	7	23.3	7	23.3	2	6.7	8	26.7	6	20	11	36.7	6	20	4	13.3	4	13.3	5	16.7
A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo	10	33.3	4	13.3	5	16.7	7	23.3	4	13.3	5	16.7	5	16.7	7	23.3	6	20	7	23.3
A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre	6	20	4	13.3	5	16.7	4	13.3	11	36.7	5	16.7	3	10	4	13.3	11	36.7	7	23.3
Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	9	30	7	23.3	6	20	2	6.7	6	20	8	26.7	4	13.3	3	10	9	30	6	20
A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera	13	43.3	5	16.7	4	13	5	16.7	3	10	8	26.7	5	16.7	5	16.7	7	23.3	5	16.7
Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	6	20	9	30	2	6.7	7	23.3	6	20	6	20	5	16.7	4	13.3	6	20	9	30
A veces creo que hago cosas que ponen enferma/o a mi madre/padre	9	30	4	13.3	5	16.7	4	13.3	8	16.7	4	13.3	8	26.7	5	16.7	8	26.7	5	16.7
A veces me siento mal porque no escucho y no amo a mi madre/padre como se merece	5	16.7	9	30	4	13.3	4	13.3	8	26.7	12	40	8	26.7	3	10	2	6.7	5	16.7

Nota: MD= Muy en Desacuerdo; D= Desacuerdo; NES= No Estoy Seguro; A= de Acuerdo; MA= Muy de Acuerdo.

En el área de Sentimiento de Culpabilidad (SC), el reactivo *Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre*, **los niños** mostraron mayor preferencia por la respuesta de Acuerdo con 26.7%, siguiéndole las respuestas Muy en Desacuerdo (MD) y en Desacuerdo (D) con 23.3%, posteriormente Muy de Acuerdo (MA) con 20% y finalmente con 6.7% No Estoy Seguro (NES). Por su parte, **las niñas** respondieron estar Muy en

Desacuerdo (MD) con 36.7%, después la respuesta Desacuerdo (D) con un 20%, seguido de Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y finalmente con el mismo puntaje las respuestas No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con 13.3%.

En el siguiente reactivo, *A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo*, **los niños** reportaron estar Muy en Desacuerdo (MD) con un 33.3%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con 23.3%, posteriormente No Estoy Seguro (NES) con 16.7% y por último las opciones en Desacuerdo (D) y Muy de Acuerdo (MA) con 13.3%. Mientras que en **las niñas**, las respuestas que obtuvieron mayor puntaje fueron No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con un 23.3%, seguida de la respuesta de Acuerdo (A) con 20% y por último con la misma frecuencia de respuesta están Muy en Desacuerdo (MD) y Desacuerdo (D) con un 16.7%.

En la pregunta *A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre*, **los niños** refirieron estar Muy de Acuerdo (MA) en un 36.7%, mientras que en menor proporción eligieron la opción Muy en Desacuerdo (MD) con 20%, luego No Estoy Seguro con 16.7%, después con el mismo puntaje de 13.3% las respuestas en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A). Se observa que la respuesta que obtuvo mayor frecuencia en **las niñas** fue de Acuerdo (A) con 36.7%, siguiéndole Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, después la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con un 16.7%, posteriormente No Estoy Seguro (NES) con 13.3% y por último Desacuerdo (D) con 10%.

En la siguiente pregunta *Frecuentemente pienso que merezco ser castigado* se observa que **los niños** están Muy en Desacuerdo (MD) en un 30%, siendo el mayor puntaje, después están en Desacuerdo (D) en un

23.3%, posteriormente con un 20% están las opciones No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) y por último la respuesta de Acuerdo (A) con 6.7%. **Las niñas** respondieron estar de Acuerdo (A) con 30%, continuando con Muy en Desacuerdo (MD) con 26.7%, seguido de Muy de Acuerdo (MA) con 20%, posteriormente la respuesta Desacuerdo (D) con 13.3% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con un 10%.

En el reactivo *A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera*, **los niños** escogieron en mayor medida estar Muy en Desacuerdo (MD) con 43.3%, seguida de las respuestas en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 16.7%, después la opción No Estoy Seguro (NES) con 13% y finalmente Muy de Acuerdo (MA) con 10%. La respuesta que obtuvo el mayor puntaje en **las niñas** fue Muy en Desacuerdo (MD) con 26.7%, seguida de la respuesta de Acuerdo (A) con un 23.3% y por último con la misma frecuencia de respuesta Desacuerdo (D), No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con 16.7%.

En la pregunta *Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco*, **los niños** respondieron en Desacuerdo (D) en un 30%, de Acuerdo (A) en un 23.3%, seguido con la misma puntuación Muy en Desacuerdo (MD) y Muy de Acuerdo (MA) con 20% y por último No Estoy Seguro (NES) con 6.7%. **Las niñas** manifestaron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 30%, después No Estoy Seguro (NES) con 16.7%, siguiéndole con el mismo puntaje las respuestas Muy en Desacuerdo (MD) y de Acuerdo (A) con 20% y últimamente No Estoy Seguro (NES) con 13.3%.

En la siguiente cuestión, *A veces creo que hago cosas que ponen enferma/o a mi madre/padre*, **los niños** se mostraron Muy en Desacuerdo (MD) con un 30%, siendo éste el mayor puntaje, continuado de las opciones en Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 16.7% e igualmente

con la misma puntuación las respuestas No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con 13.3%. Las respuestas con mayor frecuencia de respuesta en **las niñas** fueron Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con un 26.7%, seguido de las respuestas No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y finalmente Muy en Desacuerdo (MD) con 13.3%.

En el último reactivo de esta área, *A veces me siento mal porque no escucho y no amo a mi madre/padre como se merece*, para **los niños** resultó con mayor preferencia la opción en Desacuerdo (D) con 30%, siguiéndole la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, después la de Muy en Desacuerdo (MD) con 16.7% y finalmente con las menores puntuaciones de 13.3% las respuestas No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A). La respuesta que obtuvo mayor puntaje en **las niñas** fue Muy en Desacuerdo (MD) con un 40%, después la respuesta Desacuerdo (D) con 26.7%, seguido de Muy de Acuerdo (MA) con 16.7%, posteriormente No Estoy Seguro (NES) con 10% y por último de Acuerdo (A) con 6.7% (**Tabla 11**).

Tabla 12. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable *Depresivos Varios (DV)*

	Niños (n= 30)										Niñas (n=30)									
	MD		D		NES		A		MA		MD		D		NES		A		MA	
Reactivos	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Creo que se sufre mucho en la vida	4	13.3	6	20	3	10	8	26.7	9	30	6	20	3	10	4	13.3	11	36.7	6	20
Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo	8	26.7	9	30	5	16.7	3	10	5	16.7	4	13.3	2	6.7	3	10	8	26.7	13	43.3
Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	9	30	5	16.7	3	10	4	13.3	9	30	5	16.7	6	20	1	3.3	12	40	6	20
A menudo me siento desgraciado a causa de mis tareas escolares	8	26.7	6	20	6	20	6	20	4	13.3	12	40	6	20	2	6.7	6	20	4	13.3
A menudo la salud de mi madre me inquieta	9	30	1	3.3	4	13.3	9	30	7	23.3	4	13.3	1	3.3	4	13.3	7	23.3	14	46.7
A veces sueño que tengo un accidente o me muero	11	36.7	5	16.7	1	3.3	8	26.7	5	16.7	4	13.3	2	6.7	1	3.3	14	46.7	9	30
Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	7	23.3	7	23.3	6	20	3	10	7	23.3	8	26.7	8	26.7	6	20	4	13.3	4	13.3
Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte	10	33.3	5	16.7	4	13.3	4	13.3	7	23.3	10	33.3	7	23.3	1	3.3	7	23.3	5	16.7
A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones	10	33.3	2	6.7	6	20	7	23.3	5	16.7	6	20	6	20	4	13.3	5	16.7	9	30

Nota: MD= Muy en Desacuerdo; D= Desacuerdo; NES= No Estoy Seguro; A= de Acuerdo; MA= Muy de Acuerdo.

En cuanto al área Depresivos Varios, se puede observar que en **los niños** el reactivo *Creo que se sufre mucho en la vida*, la mayor frecuencia de respuesta está en la opción Muy de Acuerdo (MA) con un 30%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con 26.7%, después la respuesta Desacuerdo (D) con 20%, posteriormente se encuentra Muy en Desacuerdo (MD) con 13.3% y finalmente la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 10%. Por su parte, **las niñas** presentaron mayor puntaje en la respuesta de Acuerdo (A) con un 36.7%, después con la misma frecuencia de respuesta Muy en

Desacuerdo (MD) y Muy de Acuerdo (MA) con 20%, continuado con No Estoy Seguro (NES) con 13.3% y finalmente de Acuerdo (A) con 10%.

En el reactivo *Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo*, la respuesta que obtuvo mayor puntaje en **los niños** fue Desacuerdo (D) con 30%, seguido de Muy en Desacuerdo (MD) con 26.7%, después con la misma frecuencia de respuesta se encuentra No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y por último la respuesta de Acuerdo (A) con 10%. La respuesta que obtuvo mayor frecuencia en **las niñas** fue Muy de Acuerdo (MA) con 43.3%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con 26.7%, después Muy en Desacuerdo (MD) con 13.3%, con menor puntaje se encuentra la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 10% y por último Desacuerdo (D) con un 6.7%.

En el siguiente reactivo *Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando*, se observa que **los niños** obtienen la misma frecuencia de respuesta con un 30% en las opciones Muy en Desacuerdo (MD) y Muy de Acuerdo (MA), después Desacuerdo (D) con 16.7%, siguiéndole de Acuerdo (A) con 13.3% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con 10%. La respuesta de Acuerdo (A) obtuvo el mayor puntaje en **las niñas** con 40%, continuado de las respuestas que obtuvieron la misma frecuencia Muy de Acuerdo (MA) y Desacuerdo (D) con 20%, después con menor puntaje Muy en Desacuerdo (MD) con 16.7% y últimamente No Estoy Seguro (NES) con 3.3%.

En la pregunta *A menudo me siento desgraciado a causa de mis tareas escolares*, mayoritariamente **los niños** contestaron estar Muy en Desacuerdo (MD) con 26.7%, siguiendo con el mismo puntaje las respuestas Desacuerdo (D), No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con 20% y por último con un menor puntaje la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con

13.3%. Por su parte, **las niñas** reportaron estar Muy en Desacuerdo (MD) con un 40%, después con menor puntaje se encontraron las respuestas Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 20%, posteriormente Muy de Acuerdo (MA) con 13.3% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con 6.7%.

En el reactivo *A menudo la salud de mi madre me inquieta*, **los niños** respondieron con la misma frecuencia de respuesta estar Muy en Desacuerdo (MD) y de Acuerdo (A) con 30%, seguida la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, después No Estoy Seguro (NES) con 13.3% y finalmente Desacuerdo (D) con 3.3%. La respuesta que obtuvo mayor puntaje en **las niñas** fue Muy de Acuerdo (MA) con 46.7%, seguido de la opción de Acuerdo (A) con 23.3%, posteriormente con la misma frecuencia las respuestas Muy en Desacuerdo (MD) y No Estoy Seguro (NES) con 13.3% y por último Desacuerdo (D) con 3.3%.

En el siguiente reactivo *A veces sueño que tengo un accidente o me muero*, la respuesta que obtuvo un mayor puntaje en **los niños** fue Muy en Desacuerdo (MD) con 36.7%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con 26.7%, después con la misma frecuencia de respuesta se encuentran Desacuerdo (D) y Muy de Acuerdo (MA) con un 16.7% y por último No Estoy Seguro (NES) con 3.3%. La respuesta de Acuerdo (A) obtuvo el mayor puntaje en **las niñas** con 46.7%, seguido de Muy de Acuerdo (MA) con 30%, posteriormente con 13.3% la respuesta Muy en Desacuerdo (MD), después Desacuerdo (D) con 6.7% y últimamente No Estoy Seguro (NES) con 3.3%.

En la pregunta *Muchas veces me siento mal porque no concibo hacer las cosas que quiero*, con el mismo puntaje **los niños** respondieron estar Muy en Desacuerdo (MD), en Desacuerdo (D) y Muy de Acuerdo (MA) con un 33.3%, seguido de No Estoy Seguro (NES) con 20% y últimamente de Acuerdo (A) con 10%. Se encontró que dos respuestas obtuvieron el

puntaje más alto en **las niñas** fueron Muy en Desacuerdo (MD) y Desacuerdo (D) con 26.7%, seguido de No Estoy Seguro (NES) con 20% y finalmente con la misma frecuencia de respuesta de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con 13.3%.

En el reactivo *Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte*, la respuesta que obtuvo mayor puntaje en **los niños** fue Muy en Desacuerdo (MD) con 33.3%, después Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, posteriormente Desacuerdo (D) con 16.7%, por último con la misma frecuencia de respuesta No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con 13.3%. La mayor frecuencia de respuesta en **las niñas** la obtuvo Muy en Desacuerdo (MD) con 33.3%, después con el mismo puntaje Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 23.3%, posteriormente Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y por último con 3.3% No Estoy Seguro (NES).

En el siguiente reactivo *A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones*, se encontró que la mayor frecuencia de respuestas en **los niños** fue Muy en Desacuerdo (MD) con 33.3%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con 23.3%, después No Estoy Seguro (NES) con un 20%, posteriormente Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y finalmente con 6.7% la respuesta Desacuerdo (D). Por su parte la opción que obtuvo mayor puntaje en **las niñas** fue Muy de Acuerdo (MA) con 30%, después con la misma frecuencia Muy en Desacuerdo (MD) y Desacuerdo (D) con 20%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con 16.7% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con 13.3% **(Tabla 12)**.

Total Positivo

Tabla 13. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable *Ánimo*
Alegría (AA)

Reactivos	Niños (n= 30)										Niñas (n=30)									
	MD		D		NES		A		MA		MD		D		NES		A		MA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Me siento alegre la mayor parte del tiempo	3	10	3	10	2	6.7	9	30	13	43.3	3	10	4	13.3	8	26.7	8	26.7	7	23.3
Siempre creo que el día siguiente será mejor	1	3.3	4	13.3	3	10	8	26.7	14	46.7	2	6.7	6	20	5	16.7	8	26.7	9	30
Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio	3	10	4	13.3	2	6.7	11	36.7	10	33.3	4	13.3	5	16.7	5	16.7	7	23.3	9	30
Me divierto con las cosas que hago	3	10	4	13.3	4	13.3	9	30	10	33.3	2	6.7	3	10	1	3.3	1	3.3	13	43.3
Casi siempre la paso bien en el colegio	5	16.7	3	10	3	10	8	26.7	11	36.7	4	13.3	3	10	3	10	9	30	11	36.7
Soy una persona muy feliz	10	33.3	1	3.3	2	6.7	7	23.3	10	33.3	3	10	4	13.3	3	10	9	30	11	36.7
Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	5	16.7	6	20	5	16.7	3	10	11	36.7	9	30	3	10	2	6.7	4	13.3	12	40
Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	2	6.7	5	16.7	4	13.3	5	16.7	14	46.7	5	16.7	8	26.7	3	10	7	23.3	7	23.3

Nota: MD= Muy en Desacuerdo; D= Desacuerdo; NES= No Estoy Seguro; A= de Acuerdo; MA= Muy de Acuerdo.

En el área *Ánimo Alegría*, se observa que en el reactivo *Me siento alegre la mayor parte del tiempo*, **los niños** respondieron con mayor frecuencia estar Muy de Acuerdo (MA) con 43.3%, después se encuentra la respuesta de Acuerdo (A) con 30%, siguiendo con la misma frecuencia de respuesta Muy en Desacuerdo (MD) y Desacuerdo (D) con 10% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con 6.7%. En cuanto a **las niñas**, se puede observar que dos de las respuestas obtuvieron el mismo puntaje No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con 26.7%, seguido de Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, posteriormente la respuesta Desacuerdo (D) con 13.3% y finalmente Muy en Desacuerdo (MD) con un 10%.

En el reactivo *Siempre creo que el día siguiente será mejor*, la respuesta con mayor puntaje en **los niños** fue Muy de Acuerdo (MA) con 46.7%,

seguida de Acuerdo (A) con 26.7%, después Desacuerdo (D) con 13.3%, posteriormente No Estoy Seguro (NES) 10% y por último Muy en Desacuerdo (MD) 3.3%. La respuesta que obtuvo mayor número de frecuencia en **las niñas** fue Muy de Acuerdo (MA) con 30%, continuando con de Acuerdo (A) que obtuvo un 26.7%, después Desacuerdo (D) con 20%, seguido de No Estoy Seguro (NES) con un 16.7% y por último Muy en Desacuerdo (MD) con 6.7%.

En el siguiente reactivo *Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio*, la respuesta que obtuvo mayor puntaje en **los niños** fue de Acuerdo (A) con 36.7%, después Muy de Acuerdo (MA) con 33.3%, con un menor puntaje la respuesta Desacuerdo (D) con 13.3%, posteriormente Muy en Desacuerdo (MD) y últimamente No Estoy Seguro (NES) con 6.7%. Por su parte **las niñas** respondieron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 30%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con 23.3%, posteriormente con la misma frecuencia de respuesta No Estoy Seguro (NES) y en Desacuerdo (D) con 16.7% y últimamente Muy en Desacuerdo (MD) con 13.3%.

En la pregunta *Me divierto con las cosas que hago*, la respuesta que obtuvo mayor frecuencia en **los niños** fue Muy de Acuerdo (MA) con 33.3%, siguiendo de Acuerdo con 30%, posteriormente con la misma frecuencia de respuesta se encuentran Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) con 13.3% y finalmente Muy en Desacuerdo (MD) con un 10%. La respuesta con mayor puntaje en **las niñas** fue Muy de Acuerdo (MA) con 43.4%, continuado de la respuesta de Acuerdo (A) con 36.7%, después se encuentra la respuesta Desacuerdo (D) con 10%, posteriormente Muy en Desacuerdo (MD) con 6.7% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con 3.3%.

En el reactivo *Casi siempre lo paso bien en el colegio*, **los niños** respondieron con mayor frecuencia estar Muy de Acuerdo (MA) con 36.7%, siguiéndole de Acuerdo (A) con un 26.7%, después Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y por último con la misma frecuencia de respuesta Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) con 10%. **Las niñas** respondieron estar Muy de Acuerdo (MA) con 36.7%, seguido de la respuesta de Acuerdo (A) con 30%, continuando con Muy en Desacuerdo (MD) con un 13.3% y por último con la misma frecuencia de respuesta se encontraron Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) con 10%.

En el siguiente reactivo *Soy una persona muy feliz*, las respuestas con mayor puntaje en **los niños** fueron Muy en Desacuerdo y Muy de Acuerdo (MA) con 33.3%, seguida de la respuesta de Acuerdo (A) con un 23.3%, después No Estoy Seguro (NES) con 6.7% y finalmente Desacuerdo (D) con 3.3%. Se puede observar que la respuesta con mayor puntaje en **las niñas** fue Muy de Acuerdo (MA) con 36.7%, después de Acuerdo (A) con 30%, posteriormente Desacuerdo (D) con 13.3% y últimamente con el mismo puntaje Muy en Desacuerdo (MD) y No Estoy Seguro (NES) con 10%.

En la pregunta *Creo que tengo buena presencia y soy atractivo*, **los niños** respondieron con mayor frecuencia estar Muy de Acuerdo (MA) con 36.7%, después Desacuerdo (D) con 20%, posteriormente con el mismo puntaje las respuestas Muy en Desacuerdo (MD) y No Estoy Seguro (NES) con 16.7% y últimamente de Acuerdo (A) con 10%. **Las niñas** manifestaron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 40%, seguido de Muy en Desacuerdo (MD) con 30%, después de Acuerdo (A) con 13.3%, seguido de No Estoy Seguro (NES) con 6.7% y finalmente Desacuerdo (D) con 10%.

En el reactivo *Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer*, la respuesta que obtuvo un mayor puntaje en **los niños** fue Muy de Acuerdo

(MA) con 46.7%, después dos de las respuestas obtuvieron la misma frecuencia Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 16.7%, consecutivamente la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 13.3% y por último Muy en Desacuerdo (MD) con 6.7%. Por último la mayor frecuencia de respuesta en **las niñas** la obtuvo Desacuerdo (D) con 26.7%, después con el mismo puntaje las respuestas de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, seguido de Muy en Desacuerdo (MD) con 16.7% y por último No Estoy Seguro (NES) con 10% (**Tabla 13**).

Tabla 14. Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable Positivos Varios (PV)

Reactivos	Niños (n= 30)										Niñas (n=30)									
	MD		D		NES		A		MA		MD		D		NES		A		MA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	3	10	5	16.7	6	20	6	20	10	33.3	2	6.7	5	16.7	7	23.3	8	26.7	8	26.7
Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas	6	20	5	16.7	3	10	5	16.7	11	36.7	7	23.3	4	13.3	3	10	10	33.3	6	20
En mi familia todos nos divertimos juntos	6	20	2	6.7	3	10	5	16.7	14	46.7	7	23.3	1	3.3	2	6.7	8	26.7	11	36.7
Cuando alguien se enfada conmigo yo me enfado con él	9	30	6	20	4	13.3	4	13.3	7	23.3	2	6.7	6	20	7	23.3	8	26.7	7	23.3
Creo que mi madre/padre está orgullosa/o de mí	7	23.3	2	6.7	2	6.7	7	23.3	12	40	6	20	3	10	1	3.3	10	33.3	10	33.3
Pienso que no es nada malo enfadarse	7	23.3	7	23.3	2	6.7	7	23.3	7	23.3	7	23.3	5	16.7	3	10	10	33.3	5	16.7
Duerdo como un tronco y no despierto durante la noche	11	36.7	6	20	2	6.7	8	26.7	3	10	5	16.7	9	30	4	13.3	6	20	6	20
Tengo muchos amigos	2	6.7	0	0	6	20	7	23.3	15	30	7	23.3	5	16.7	1	3.3	6	20	11	36.7
Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes	7	23.3	5	16.7	1	3.3	7	23.3	10	33.3	9	30	5	16.7	4	13.3	4	13.3	8	26.7
Hay gente que se preocupa bastante por mí	6	20	3	10	5	16.7	4	13.3	12	40	3	10	4	13.3	5	16.7	9	30	9	30

Nota: MD= Muy en Desacuerdo; D= Desacuerdo; NES= No Estoy Seguro; A= de Acuerdo; MA= Muy de Acuerdo.

En el área Positivos Varios, se puede observar que **los niños** en el reactivo *Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago* respondieron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 33.3%, siguiéndole con la misma puntuación las respuestas No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con 20%, posteriormente Desacuerdo (D) con 16.7% y finalmente Muy en Desacuerdo (MD) con 10%. Por su parte **las niñas** respondieron con la misma frecuencia estar Muy de Acuerdo (MA) y de Acuerdo (A) con 26.7%, seguido de la respuesta No Estoy Seguro (NES) con 23.3%, después la respuesta Desacuerdo (D) con un 16.7% y finalmente Muy en Desacuerdo (MD) con 6.7%.

En el reactivo *Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago con muy buenas*, se encontró que la respuesta con mayor frecuencia en **los niños** es Muy de Acuerdo (MA) con 36.7%, seguido de Muy en Desacuerdo (MD) con 20%, después las respuestas Desacuerdo (D) y de Acuerdo (A) con 16.7% y por último No Estoy Seguro (NES) con 10%. La respuesta que obtuvo mayor puntaje en **las niñas** fue de Acuerdo (A) con un 33.3%, continuado de la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 23.3%, después con 20% la respuesta Muy de Acuerdo (MA), posteriormente la respuesta Desacuerdo (D) con 13.3% y por último No Estoy Seguro (NES) con 10%.

En el siguiente reactivo *En mi familia todos nos divertimos juntos*, **los niños** respondieron estar Muy de Acuerdo (MA) con 46.7%, seguido de Muy en Desacuerdo (MD) con un 20%, después la respuesta de Acuerdo (A) con 16.7%, posteriormente No Estoy Seguro (NES) con 10% y últimamente con 6.7% la respuesta Desacuerdo (D). **Las niñas** manifestaron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 36.7%, después de Acuerdo (A) con 26.7%, siguiendo la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 23.3%, posteriormente No Estoy Seguro (NES) con 6.7% y últimamente Desacuerdo (D) con 3.3%.

En la pregunta *Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él*, la respuesta que obtuvo mayor puntaje en **los niños** fue Muy en Desacuerdo (MD) con 30%, siguiéndole Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, después la respuesta Desacuerdo (D) con 20%, consecutivamente con la misma frecuencia las respuestas No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con 13.3%. La respuesta que obtuvo el mayor puntaje en **las niñas** fue de Acuerdo (A) con 26.7%, después con la misma frecuencia las respuestas No Estoy Seguro (NES) y Muy de Acuerdo (MA) con 23.3%, consecutivamente la respuesta Desacuerdo (D) con 20% y finalmente Muy en Desacuerdo (MD) con 6.7%.

En el reactivo *Creo que mi madre/padre está orgulloso de mí*, la respuesta que contestaron **los niños** con mayor frecuencia fue Muy de Acuerdo (MA) con 40%, después con la misma puntuación se encuentran las respuestas Muy en Desacuerdo (MD) y de Acuerdo (A) con 23.3% y finalmente las respuestas Desacuerdo (D) y No Estoy Seguro (NES) ambas con 6.7%. **Las niñas** respondieron con el mismo puntaje en Muy de Acuerdo (MA) y de Acuerdo (A) con un 33.3%, con menor puntaje se encuentra la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 20%, después Desacuerdo (D) con 10% y por último No Estoy Seguro (NES) con 3.3%.

En el siguiente reactivo *Pienso que no es malo enfadarse*, se observa que se obtuvo el mismo puntaje en **los niños** en cuatro de las respuestas Muy en Desacuerdo (MD), Desacuerdo (D), de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con 23.3% y por último No Estoy Seguro (NES) con 6.7%. La respuesta que obtuvo mayor frecuencia en **las niñas** fue de Acuerdo (A) con 33.3%, seguida de Muy en Desacuerdo (MD) con 23.3%, continuando con el mismo puntaje las respuestas Desacuerdo (D) y Muy de Acuerdo (MA) con 16.7% y últimamente No Estoy Seguro (NES) con un 10%.

En la pregunta *Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche*, la respuesta que obtuvo un mayor puntaje en **los niños** fue Muy en Desacuerdo (MD) con 36.7%, seguida de, De Acuerdo (A) con 26.7%, después la respuesta Desacuerdo (D) con 20%, posteriormente Muy de Acuerdo (MA) con 10% y últimamente No Estoy Seguro (NES) con un 6.7%. La respuesta que obtuvo el mayor puntaje en **las niñas** fue Desacuerdo (D) con 30%, después con la misma frecuencia se encuentran las respuestas de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con 20%, posteriormente la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con un 16.7% y finalmente No Estoy Seguro (NES) con 13.3%.

En el reactivo *Tengo muchos amigos*, se puede observar que **los niños** respondieron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 30%, siguiéndole la respuesta de Acuerdo (A) con 23.3%, después No Estoy Seguro (NES) con 20%, posteriormente Muy en Desacuerdo (MD) con 6.7% y finalmente de Acuerdo (A) con 0%. **Las niñas** reportaron estar Muy de Acuerdo (MA) con un 36.7%, después la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) con 23.3%, siguiéndole la respuesta de Acuerdo (A) con un 20%, posteriormente Desacuerdo (D) con 16.7% y por último No Estoy Seguro (NES) con 3.3%.

En el siguiente reactivo *Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes*, la respuesta con mayor puntaje en **los niños** fue Muy de Acuerdo (MA) con 33.3%, después con la misma frecuencia se encuentran Muy en Desacuerdo (MD) y de Acuerdo (A) con 23.3%, consecutivamente la respuesta Desacuerdo (D) con 16.7% y por último No Estoy Seguro (NES) con 3.3%. **Las niñas** por su parte manifestaron estar Muy en Desacuerdo (MD) con un 30%, continuando con la respuesta Muy de Acuerdo (MA) con 26.7%, después Desacuerdo (D) con 16.7% y últimamente con el mismo puntaje las respuestas No Estoy Seguro (NES) y de Acuerdo (A) con un 13.3%.

En la pregunta *Hay gente que se preocupa bastante por mí*, se encontró que la respuesta que mayoritariamente respondieron **los niños** fue Muy de Acuerdo (MA) con 40%, seguida de Muy en Desacuerdo (MD) con 20%, después No Estoy Seguro (NES) con 16.7%, posteriormente de Acuerdo (A) con 13.3% y últimamente Desacuerdo (D) con 10%. Por último hubo dos respuestas que obtuvieron el mismo puntaje en **las niñas** y fueron de Acuerdo (A) y Muy de Acuerdo (MA) con un 30%, después No Estoy Seguro (NES) con 16.7%, posteriormente la respuesta Desacuerdo (D) con 13.3% y finalmente con un 10% la respuesta Muy en Desacuerdo (MD) (**Tabla 14**).

4.3. Estadística inferencial, no paramétrica Mann Whitney U.

Como segundo análisis se utilizó la estadística inferencial no paramétrica utilizando la prueba Mann Whitney U, debido a que el objetivo principal fue analizar el nivel de depresión y las diferencias que existen entre niños y niñas de entre 6 y 12 años de edad, que fueron ingresados al Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF, que han sido víctimas de maltrato mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) para comparar la diferencia entre dos medias en dos muestras independientes. Los puntajes que representan mediciones, observaciones o datos en general deben ser mutuamente independientes dentro de la misma muestra a la que pertenecen (Elorza, 1987).

Las pruebas estadísticas no paramétricas usualmente emplean algunos aspectos más simples de los datos de la muestra, tales como los signos de las mediciones, las relaciones de orden o las categorías de las frecuencias. Estos rasgos generales no requieren de la existencia de escalas de medición numéricas significativas, y aún más importante es el hecho de

que el alargamiento o estrechamiento de la escala no afecta a estos métodos (Elorza, 1987).

En cuanto al análisis de las diferentes áreas de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados), el contenido de los reactivos se divide en dos grandes áreas: Total Depresivo con seis subpruebas [Respuesta Afectiva (RA), Problemas Sociales (PS), Autoestima (AE), Preocupación por la Muerte (PM), Sentimiento de Culpabilidad (SC), Depresivos Varios (DV)] y Total Positivo con dos subpruebas [Ánimo-Alegría (AA) y Positivos Varios (PV)]. Las subescalas son importantes para especificar e interpretar una puntuación Total Depresiva o Positiva (Lang y Tisher, 2003). A continuación se describen los resultados obtenidos en cada una de las subescalas:

Total Depresivo

Tabla 15. Respuesta Afectiva (RA)

Prueba estadística Mann-Whitney U del área Respuesta Afectiva (RA) entre niños y niñas maltratados			
Reactivos	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Muchas veces me siento desgraciado en el colegio	90.5	-0.175	0.861
A veces me gustaría estar ya muerto	83.5	-0.519	0.604
Estando en el colegio muchas veces me dan ganas de llorar	83	-0.505	0.614
Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado	93.5	-0.044	0.965
A veces pienso que no vale la pena vivir en esta vida	92	-0.111	0.912
Cuando estoy fuera de casa me siento desdichado	89.5	-0.218	0.827
Algunas veces no sé porque me dan ganas de llorar	92	-0.110	0.913
Creo que mi vida es desgraciada	79.5	-0.661	0.509

* Nivel de significancia al 0.05

** Nivel de significancia al 0.01

*** Nivel de significancia al 0.001

En el área Respuesta Afectiva podemos observar que no hay diferencias estadísticamente significativas, dado que se observa un nivel de afectación respecto al área emocional, tanto en los niños como en las niñas. Clínicamente, se puede apreciar que los niños que reportan sentimientos de tristeza, tienden a no expresarlo a través del llanto, mientras que las niñas son más susceptibles a mostrar su tristeza, llegando incluso a presentar ideas de muerte (**Tabla 15**).

Tabla 16. Problemas Sociales (PS)

Prueba estadística Mann-Whitney U área Problemas Sociales (PS) entre niños y niñas maltratados			
Reactivos	Mann-Whitney U	Z	Sig.
A menudo pienso que nadie se preocupa por mi	45	-2.169	0.03*
Me siento solo muchas veces	60.5	-1.492	0.136
A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro	72.5	-0.962	-0.962
Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio	60	-1.507	0.132
La mayor parte del tiempo siento que nadie me comprende	86.5	-0.353	0.724
Nadie sabe de lo desgraciado que me siento por dentro	86.5	-0.350	0.726
A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	85.5	-0.396	0.692
Cuando estoy fuera de mi casa me siento vacío	89	-0.241	0.809

* Nivel de significancia al 0.05

** Nivel de significancia al 0.01

*** Nivel de significancia al 0.001

En relación al área de Problemas Sociales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas maltratados, únicamente en el reactivo que refiere: A menudo pienso que nadie se preocupa por mi ($U= 45; p= 0.03$). Es importante señalar que clínicamente se observa que las niñas presentan un mayor sentimiento de soledad que los niños (**Tabla 16**).

Tabla 17. Autoestima (AE)

Prueba estadística Mann-Whitney U área Autoestima (AE) entre niños y niñas maltratados.			
Reactivos	Mann-Whitney U	Z	Sig.
A menudo pienso que valgo poco	82.5	-0.527	0.598
Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	83.5	-0.489	0.625
Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	88.5	-0.262	0.793
A menudo me odio a mí mismo	75.5	-0.850	0.395
A menudo me avergüenzo de mí mismo	72	-0.995	0.320
A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala	54	-1.789	0.05*
Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo nada	81	-0.594	0.553

* Nivel de significancia al 0.05

** Nivel de significancia al 0.01

*** Nivel de significancia al 0.001

Con respecto al área de Autoestima, se observan diferencias entre niños y niñas solamente en el reactivo que dice: A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala ($U=54$; $p=0.05$). Además se puede apreciar que, clínicamente las niñas son más propensas a señalar sus sentimientos de baja estima, sintiéndose avergonzadas, descontentas y en general inconformes con su aspecto, mientras que los niños muestran una mayor estima hacia sí mismos (**Tabla 17**).

Tabla 18. Preocupación por la Muerte (PM)

Prueba estadística Mann-Whitney U área Preocupación por la Muerte (PM) entre niños y niñas maltratados.			
Reactivos	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Me despierto a menudo durante la noche	80	-0.635	0.525
Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	80	-0.638	0.523
La mayor parte del tiempo no tengo ganas de hacer nada	86.5	-0.355	0.723
Muchas veces me dan ganas de no levantarme en las mañanas	67	-1.220	0.223
Muchas veces me siento muerto por dentro	44	-2.226	0.03*
Estando en el colegio me siento cansado todo el tiempo	88.5	-0.263	0.792
A menudo me imagino que me hago heridas o que me muero	94.5	0.000	1.000

* Nivel de significancia al 0.05

** Nivel de significancia al 0.01

*** Nivel de significancia al 0.001

Se puede observar que en el área de Preocupación por la Muerte (PM), se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas únicamente en el reactivo que refiere: Muchas veces me siento muerto por dentro (U=44; P=0.03). Asimismo clínicamente se aprecia que las niñas presentan fantasías acerca de su muerte y desgano para realizar las actividades cotidianas, mientras que los niños tienen una mayor dificultad en levantarse por las mañanas (**Tabla 18**).

Tabla 19. Sentimiento de Culpabilidad (SC)

Prueba estadística Mann-Whitney U área Sentimiento de Culpabilidad (SC) entre niños y niñas maltratados.			
Reactivos	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre	92	-0.110	0.913
A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo	57	-1.648	0.05*
A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre	56.5	-1.677	0.094
Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	74.5	-0.874	0.382
A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera	62.5	-1.406	0.160
Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco	61	-1.472	0.141
A veces creo que hago cosas que ponen enferma/o a mi madre/padre	91.5	-0.131	0.896
A veces me siento mal porque no escucho y no amo a mi madre/padre como se merece	55	-1.743	0.05*

* Nivel de significancia al 0.05

** Nivel de significancia al 0.01

*** Nivel de significancia al 0.001

En relación al área de Sentimiento de Culpabilidad (SC), se observa que existen diferencias entre niñas y niños solamente en el reactivo que dice: A veces me siento mal porque no escucho y no amo a mi madre/padre como se merece. De igual forma, clínicamente se denota que los niños se piensan culpables del descontento de sus padres, así como de presentar ideas persecutorias, mientras que las niñas tienen mayores sentimientos de culpabilidad debido a sus acciones y de sus insuficientes sentimientos de

amor hacia los padres, por lo que sienten que merecen ser castigadas (Tabla 19).

Tabla 20. *Depresivos Varios (DV)*

Prueba estadística Mann-Whitney U del área Depresivos Varios (DV) entre niños y niñas maltratados			
Reactivos	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Creo que se sufre mucho en la vida	60	-1.510	0.131
Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo	70.5	-1.048	0.294
Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	75.5	-0.835	0.404
A menudo me siento desagraciado a causa de mis tareas escolares	79	-0.677	0.498
A menudo la salud de mi madre me inquieta	88.5	-0.267	0.790
A veces sueño que tengo un accidente o me muero	55	-1.759	0.05*
Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	82	-0.549	0.583
Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte	62.5	-1.408	0.159
A veces creo que dentro de mi hay dos personas que me empujan en distintas direcciones	73	-0.940	0.347

* Nivel de significancia al 0.05

** Nivel de significancia al 0.01

*** Nivel de significancia al 0.001

Por su parte en el área Depresivos Varios podemos notar que sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el reactivo: A

veces sueño que tengo un accidente o me muero (U=55; p=0.05). Clínicamente se puede observar que las niñas se sienten más susceptibles a mostrar sentimientos de tristeza mediante el llanto, preocupadas por la opinión de los demás hacia ellas y por la salud de sus madres, mientras que los niños presentan un mejor manejo de la hostilidad del exterior (**Tabla 20**).

Total Positivo

Tabla 21. Ánimo-Alegría (AA)

Prueba estadística Mann-Whitney U del área de Ánimo Alegría (AA) entre niños y niñas maltratados			
Reactivos	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Me siento alegre la mayor parte del tiempo	91.5	-0.135	0.893
Siempre creo que el día siguiente será mejor	65	-1.319	0.187
Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio	94	-0.022	0.982
Me divierto con las cosas que hago	41	-2.456	0.01**
Casi siempre lo paso bien en el colegio	25	-3.077	0.002***
Soy una persona muy feliz	90.5	-0.178	0.859
Tengo que tengo buena presencia y soy atractiva	68.5	-1.153	0.249
Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	89.5	-0.223	0.823

* Nivel de significancia al 0.05

**Nivel de significancia al 0.01

***Nivel de significancia al 0.001

En cuanto a la subescala Total Positivo, en el área Ánimo-Alegría se encontró que dos de los reactivos tuvieron diferencias significativas en los

niños y las niñas maltratadas, estos refieren: Me divierto con las cosas que hago (U=25; p=0.01) y casi siempre lo paso bien en el colegio (U=25; p=0.002). Además, clínicamente se observa que los niños se sienten alegres la mayor parte del tiempo, mostrando una actitud optimista, mientras que las niñas a pesar de sus autoreferencias de tristeza, baja autoestima y culpa, parecen disfrutar de algunas actividades y relaciones propias de su edad (**Tabla 21**).

Tabla 22. Positivos Varios (PV)

Prueba estadística Mann-Whitney U del área Positivos Varios (PV) entre niños y niñas maltratados			
Reactivos	Mann-Whitney U	Z	Sig.
Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	79.5	-0.660	0.509
Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas	77.5	-0.743	0.458
En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	73	-0.976	0.329
Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él	92	-0.109	0.913
Creo que mi madre/padre está orgullosa/o de mí	84.5	-0.442	0.658
Pienso que no es nada malo enfadarse	92.5	-0.089	0.929
Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	49	-2.003	0.05*
Tengo muchos amigos	70	-1.095	0.273
Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes	84	-0.462	0.644
Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí	79	-0.684	0.494

* Nivel de significancia al 0.05

** Nivel de significancia al 0.01

*** Nivel de significancia al 0.001

En el área Positivos Varios, sólo se encontró un reactivo que mostró diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas víctimas de

maltrato, el de: Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche ($U=49$; $p=0.05$). Asimismo se observa que para los niños y las niñas es importante tener la atención y aceptación de sus padres y compartir con ellos actividades (**Tabla 22**).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio y dado el propósito del mismo, que es el de analizar el nivel de depresión en niños y niñas con antecedentes de maltrato, a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados), se plantearon diversas hipótesis a partir de los datos obtenidos mediante estadística inferencial a través de la prueba Mann Whitney U, con el propósito de identificar las diferencias en el nivel de depresión entre niños y niñas del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF ingresados porque han sido expuestos a situaciones extremas de violencia. Se reportan a continuación las hipótesis planteadas en este estudio.

Para la primera hipótesis que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Respuesta Afectiva (RA) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato**, se rechaza la hipótesis debido a que no se encontraron diferencias entre los niños y las niñas en ninguno de los reactivos de este indicador medido a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). Es evidente, que ambos grupos, manifiestan sentimientos de desdicha y tristeza de forma similar.

De acuerdo con el estudio realizado por Sarabia (2009), se obtuvieron elementos que sugieren la presencia de alteración emocional tanto en

niñas, como en niños, relacionados con el maltrato infantil. En donde se concluye que los menores que han sido expuestos a situaciones de maltrato de cualquier tipo, tiene consecuencias emocionales en mayor o menor medida. Algunas de estas consecuencias llegan a presentarse con mayor frecuencia en las niñas y niños debido posiblemente a las características personales, a la vulnerabilidad emocional, a la capacidad de sobreponerse a estas situaciones pero sobre todo, a la forma en que se ha educado culturalmente a niños y niñas.

Fletcher y Jason (2009), han situado al maltrato infantil como uno de los predictores más importantes de la depresión. En su estudio sugieren que los efectos del maltrato infantil en la depresión pueden incrementar a medida que los menores crezcan.

En el trabajo de Scarpa, Haden y Chiara (2010) el maltrato físico, la depresión y la agresividad están relacionados, pero las diferencias de género siguen estando poco entendidas, esto debido a la poca evidencia documental que existe, ya que se han enfocado al estudio de los efectos de esta problemática a largo plazo.

En cuanto a la segunda hipótesis que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Problemas Sociales (PS) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato**, se acepta la hipótesis, debido a que se encontraron diferencias entre los niños y las niñas respecto a este indicador medido a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). Esto refiere a que este tipo de indicadores como son las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño, se presenta de manera distinta entre los grupos. Las niñas se muestran

retraídas y distantes afectivamente hacia la interacción, mientras los niños manejan ambigüedad y formas de contacto más agresivas.

El aislamiento y la soledad son características frecuentes en estos sujetos, así como las conductas de agresividad. Desde pequeños viven con el agobio de sentirse desaprobados y esto lo arrastran hasta su edad adulta, buscando cualquier aprobación de las personas que los rodean. Con estos comportamientos, los niños escolares se sienten temerosos y en alerta para encontrar la aceptación de los maestros y de los demás compañeros, pero también para detectar cualquier mínimo signo de desaprobación y de crítica. Existe una hipersensibilidad en cuanto a la identificación de cualquier manifestación de desaprobación. La respuesta a estos sentimientos es de depresión, enojo y desesperanza (Loredo, 1994).

De acuerdo a la evidencia encontrada, existen diferencias en el afrontamiento de la depresión entre hombres y mujeres víctimas de maltrato infantil. En el área social las niñas presentan con frecuencia sentimientos de soledad, tanto en casa como en el colegio, mientras los niños se sienten incomprendidos e incapaces de mostrar lo que los agobia, por lo que muestran su frustración. Como se puede observar en los estudios realizados por Scarpa, Haden y Chiara (2010), en los cuales sugieren que los enlaces del maltrato físico, la depresión y la agresividad son específicos de los hombres, mientras que los eventos negativos de la vida pueden jugar un rol más importante en las mujeres.

Con respecto a la tercera hipótesis que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Autoestima (AE) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato**, se acepta la hipótesis debido a que se encontraron diferencias significativas entre los niños y las niñas respecto a este indicador medido a través de la Escala de Depresión para

Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). En esta subescala se muestra que tanto en niños, como en niñas, son comunes los sentimientos de inadecuación, sin embargo, las niñas refieren comparaciones entre la percepción de sí mismas y su ideal, juzgándose incapaces de alcanzar los estándares sociales. Asimismo muestran sentimientos de soledad e inferioridad. Estas ideas de poca valía acerca de sí mismas las llevan a creer que son poco merecedoras del afecto de los demás.

Conforme a Loredo, (1994) dentro de las manifestaciones psicológicas que se observan como consecuencia del maltrato infantil, se encuentra en primer lugar una pobre autoestima, ya que son niños que han vivido con la constante experiencia de que sus sentimientos y deseos internos no tienen importancia; por ejemplo, ellos crecieron sabiendo que a su madre no le importaba si él tenía sueño o tristeza y de igual manera vivía el trato poco respetuoso que le daban a su cuerpo, con la impresión de que él era un niño malo. Se percibe inadecuado en su cuerpo y en su inteligencia, torpe en sus sentimientos, inseguro de quién es y qué clase de persona es.

En Cantón & Cortés (2002) describen un estudio de mujeres adultas víctimas de maltrato, en el cual los participantes reportaron menos confianza en sí mismos y más depresión, ansiedad y soledad que los que no fueron víctimas, así como mayores dificultades en el control del enojo y la hostilidad.

En Ampudia, Jiménez y Sarabia (2009) se pudieron identificar indicadores afectivos, comportamentales y de alteración de desarrollo en los menores como baja autoestima, apatía, poca motivación por el entorno, inseguridad, aislamiento, ansiedad y conducta de dependencia, con lo que llegaron a la conclusión de que son menores en edad escolar que

presentan distintos tipos de alteraciones entre las cuales destacan la baja autoestima, depresión y antisociabilidad.

Por su parte, Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez (2008) realizaron una investigación en donde observaron que los niños que sufren a causa del maltrato psicológico y por negligencia de parte de los adultos o de las instituciones, tienden a ser muy temerosos y ansiosos. Muy pocas veces demuestran alegría o placer, se los ve siempre frustrados y tristes, tienen sentimientos de fracaso y vergüenza frente a sus problemas de aprendizaje; además de una mala imagen de sí mismos, perciben el mundo como amenazante y poco seguro. En la adultez, pueden presentar cuadros depresivos (Bower-Russa, Knutson y Winebarger, 2001 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

En la cuarta hipótesis que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Preocupación por la Muerte (PM) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato**, se acepta la hipótesis, debido a que se encontraron diferencias entre los niños y las niñas respecto a este indicador medido a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). En esta área se observa que en ambos grupos se concentran respuestas de ansiedad, temor y diversas fantasías de daño y perjuicio. Asimismo las niñas se muestran con una propensión al cansancio, labilidad en los cambios de ánimo, fobias nocturnas y fantasías de muerte.

Rivera, (2009) considera que en la problemática del maltrato infantil se ha observado un incremento importante en los índices de agresiones hacia los niños. Entre las consecuencias emocionales más importantes que estos menores presentan y que alteran su desarrollo, es la ansiedad. En los resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el

nivel de ansiedad total y en las cuatro áreas del instrumento, reflejando que los niños con antecedentes de maltrato presentan un nivel más elevado, así como en las cuatro subescalas del instrumento, en comparación con los niños no maltratados. Sin embargo, no se encontraron estudios comparativos de género.

Los niños maltratados físicamente, son más agresivos con otros niños y presentan altas tasas de conductas hostiles (Trenchi, 2006 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Con frecuencia los menores maltratados no expresan de manera abierta los sentimientos asociados al maltrato. Las secuelas del maltrato obedecen en gran medida a las consecuencias que puedan acarrear sobre su funcionamiento y desarrollo en diversos momentos de su vida. Se puede señalar que en el menor maltratado, se aprecian conductas de inestabilidad emocional que van de comportamientos agresivos a respuestas depresivas. Del maltrato derivan comportamientos relacionados con el trauma del menor, particularmente cuando los agresores son los padres, por las dificultades que implica incorporar la violencia recibida (Ampudia, 2007 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Con lo que respecta a la quinta hipótesis que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Sentimientos de Culpabilidad (SC) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato**, se acepta la hipótesis, debido a que se encontraron diferencias entre los niños y las niñas respecto a este indicador medido a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). Este indicador refiere que tanto las niñas, como los niños, se vuelven menos asertivos en sus vínculos y contactos, siendo las niñas más propensas a presentar sentimientos de culpa y

llegando a pensar que merecen ser castigadas o aisladas. Mientras que los niños se preocupan por quedar mal con sus padres.

De acuerdo con Loredó, (1994) dentro de las manifestaciones psicológicas como consecuencia del maltrato físico, se observa que los niños crecieron sabiendo que a su madre no le importaba si él tenía sueño o tristeza y de igual manera vivía el trato poco respetuoso que le daban a su cuerpo, con la impresión de que él era un niño malo, percibiéndose inadecuado en su cuerpo y en su inteligencia, torpe en sus sentimientos, inseguro de quién es y qué clase de persona es. El aislamiento y la soledad son características frecuentes en estos sujetos así como las conductas de agresividad.

Scarpa, Haden y Chiara (2010) sugirieron que los enlaces de maltrato físico, depresión y agresividad son específicos de los hombres, mientras que los eventos negativos de la vida pueden jugar un rol más importante en las mujeres.

Una habilidad importante consiste en ser capaz de regular y controlar las propias emociones y el propio comportamiento. Los niños generalmente muestran menos autorregulación que las niñas (Eisenberg, Spinrad & Smith, 2004 en Santrock, 2006). Este bajo autocontrol puede traducirse en problemas de conducta (Santrock, 2006).

En la sexta hipótesis que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área Depresivos Varios (DV) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato físico**, se acepta la hipótesis, debido a que se encontraron diferencias entre los niños y las niñas respecto a este indicador medido a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados).

Bordin, Duart, Peres, Nascimento, Curto, Bartira y Cristiane (2009) realizaron un estudio donde examinaron la relación existente entre tipos concretos de problemas de salud mental infantil y los castigos físicos severos, teniendo en cuenta otros factores de riesgo importantes. Llegaron a la conclusión de que los castigos severos pueden estar relacionados con problemas de salud mental infantil, y el mecanismo depende del tipo de problema.

Asimismo, los investigadores Fletcher y Jason (2009), relacionaron al maltrato infantil como uno de los predictores más importantes de la depresión. Los resultados sugieren que los efectos del maltrato infantil en la depresión pueden incrementar a medida que los menores crezcan.

Por su parte, Loh, Maniam y Badi'ah (2010) describieron la asociación entre la adversidad en la infancia y la depresión en pacientes deprimidos adultos en una población en Malasia, los resultados de la investigación mostraron que existe una relación positiva entre maltrato infantil en general y maltrato físico en la infancia con respecto a la depresión en la adultez.

Finalmente, Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez, (2010) refirieron que las pacientes con historia de maltrato físico tienden a presentar un mayor número de trastornos psiquiátricos comórbidos.

Motta (2013) refiere que el maltrato Infantil, no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales, no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente, lo cierto es que el maltrato infantil es cada vez más evidente y genera múltiples consecuencias a corto, mediano y largo plazo en los menores víctimas de este tipo de violencia. Los resultados evidencian que existe una estrecha relación entre la sintomatología depresiva y los niños que son maltratados física y/o psicológicamente.

Por su parte, Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez (2008) realizaron una investigación en donde observaron que los niños que sufren a causa del maltrato psicológico y por negligencia de parte de los adultos o de las instituciones, tienden a ser muy temerosos y ansiosos. Muy pocas veces demuestran alegría o placer, se los ve siempre frustrados y tristes, tienen sentimientos de fracaso y vergüenza frente a sus problemas de aprendizaje; además de una mala imagen de sí mismos, perciben el mundo como amenazante y poco seguro. Aunado a esto, en la adultez, pueden presentar cuadros depresivos (Bower-Russa, Knutson y Winebarger, 2001 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Los niños son más propensos a ocultar sus emociones negativas como la tristeza, y las niñas son menos propensas a expresar emociones, como la desilusión, que podrían lastimar los sentimientos de otros (Eisenberg, Martin & Fabes, 1996 en Santrock, 2006). Desde la adolescencia temprana, las niñas afirman experimentar mayor tristeza, vergüenza y culpa, y reportan estas emociones (Ruble, Martin & Berenbaum, 2006 en Santrock, 2006).

En cuanto a la séptima hipótesis que dice: Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área Ánimo-Alegría (AA) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato, se acepta la hipótesis, debido a que se encontraron diferencias entre los niños y las niñas respecto a este indicador medido a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). En esta subescala los niños parecen conservar una actitud optimista y esperanzadora para disfrutar de algunas actividades y relaciones propias de la edad. Mientras que las niñas parecen indicar que carecen de mejores recursos.

Con cierta frecuencia sucede que el mal comportamiento del menor, tanto en casa como en la escuela, enmascara una depresión porque no

parece estar triste, aunque llegue a admitirlo, y para los adultos se tratará simplemente de mala conducta (Rodríguez, 2003 en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

El carácter traumático del pánico, acompañado del dolor y el carácter impredecible del comportamiento del agresor, constituyen secuelas psicológicas que se manifiestan con una pobre autoestima, sentimientos de inferioridad, o por el contrario, con comportamientos de hiperactividad al tratar de llamar la atención (Deater- Deckard, Lansford, Dodge, Pettit y Bates, 2003 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Finalmente en la octava hipótesis que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el área de Positivos Varios (PV) entre niños y niñas que estuvieron expuestos a maltrato físico**, se acepta la hipótesis, debido a que se encontraron diferencias entre los niños y las niñas respecto a este indicador medido a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). En esta área, tanto niños, como niñas, se mantienen atentos a las reacciones y afecto de los demás y persiguen de manera persistente la aceptación y aprobación de otras personas.

Loredo, (1994), indica que desde pequeños los niños expuestos a maltrato viven con el agobio de sentirse desaprobados y esto lo arrastran hasta su edad adulta, buscando cualquier aprobación de las personas que los rodean.

La confianza se relaciona con la seguridad que un niño tiene de saber que sus cuidadores son sensibles a sus necesidades físicas y emocionales, y que van a estar disponibles si los necesita. Un niño que se siente seguro respecto de los adultos que lo cuidan no ignora los riesgos de aventurarse alejándose un tanto de ellos, pero avanza de todos modos sabiendo que

tiene dónde respaldarse en caso de necesidad (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboi, 2012).

5.2. CONCLUSIÓN

El fenómeno e impacto que tiene el maltrato infantil dentro de la sociedad lo hace hoy en día uno de los temas de mayor relevancia para su estudio. Además un motivo adicional para el análisis de este fenómeno se debe a que en la actualidad el niño ha adquirido derechos y goza actualmente de defensa por parte de diversas instituciones que procuran su bienestar (Medina, 2009).

En años recientes se ha observado que algunos de los indicadores que presentan los niños maltratados se encuentran relacionados con la depresión, por lo que se han llevado a cabo diferentes investigaciones que toman en cuenta las diversas formas de maltrato, así como sus consecuencias, las cuales intentan darle explicación a este fenómeno.

El reconocimiento de los malos tratos, tal como se conoce actualmente, en los ámbitos sanitario e institucional y en la opinión pública, llega hasta 1962, con la publicación del conocido trabajo de Kempe sobre el <síndrome del niño golpeado>. El concepto de maltrato en el ámbito familiar aparece en los años ochenta (Corchuan, 2004 en Martín, 2005).

A partir del reconocimiento de los derechos de los niños, se abrieron distintas líneas de investigación que han permitido ahondar en las repercusiones del maltrato infantil. Estas investigaciones han permitido contar con importantes antecedentes relacionados con el maltrato a menores y el comportamiento emocional de las víctimas, por lo que este

estudio, se enfocó en realizar un análisis por género de las repercusiones que experimentan, específicamente refiriéndose a la incidencia de casos de depresión en menores víctimas de maltrato.

Se considera que es de gran importancia el estudio del tema de la depresión en menores víctimas de maltrato, dado que los resultados que se pueden obtener en la investigación contribuyen a un mejor entendimiento del problema.

Investigaciones como las de Scarpa, Haden y Chiara (2010) sugirieron que el maltrato físico, la depresión y la agresividad están relacionados, pero las diferencias de género siguen estando poco entendidas. Los resultados sugieren que los enlaces del maltrato físico, la depresión y la agresividad son específicos de los hombres, mientras que los eventos negativos de la vida pueden jugar un rol más importante en las mujeres.

Por otra parte en un artículo realizado por Fletcher y Jason (2009), examinaron la asociación entre maltrato infantil (abuso sexual o maltrato físico) y la depresión durante la adolescencia y los adultos jóvenes. Los investigadores relacionaron al maltrato infantil como uno de los predictores más importantes de la depresión. Los resultados muestran que la relación entre maltrato infantil y la depresión es más común en las mujeres, incluso dentro de la familia.

En la investigación de Motta (2013) se abordó el maltrato físico y psicológico como los dos tipos de maltrato que más refieren los niños y niñas, con el fin de identificar si padecer estos tipos de maltrato provocan depresión Infantil. Los resultados evidencian que existe una estrecha relación entre la sintomatología depresiva y los niños que son maltratados física y/o psicológicamente.

Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez (2008) realizaron una investigación en dónde observaron que los niños que sufren a causa del maltrato psicológico y por negligencia de parte de los adultos o de las instituciones, tienden a ser muy temerosos y ansiosos. Muy pocas veces demuestran alegría o placer, se los ve siempre frustrados y tristes, tienen sentimientos de fracaso y vergüenza frente a sus problemas de aprendizaje; además de una mala imagen de sí mismos, perciben el mundo como amenazante y poco seguro (Bower-Russa, Knutson y Winebarger, 2001 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Los niños pueden sufrir de depresión, al igual que los adultos, pero la depresión infantil, se presenta de muchas formas con grados y duración variados.

Un menor expuesto a situaciones de violencia puede mostrar depresión en situaciones de maltrato específicas (Paniagua, 2006 en Santaella, Ampudia, Hernández y Martínez, 2008).

Se utilizó la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). El contenido de los reactivos se divide en dos grandes áreas: Total Depresivo con seis subpruebas y Total Positivo con dos subpruebas. Se obtienen por tanto dos grandes dimensiones: Total depresivo (6 subescalas) y Total positivo (2 subescalas).

Para lograr los objetivos fue precisa la aplicación, calificación e interpretación de las áreas obtenidas a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados), en una muestra de 60 niños (30 niños y 30 niñas) de entre 6 y 12 años de edad del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJ-DF, víctimas de maltrato.

Los resultados obtenidos indicaron que no hay diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre niños y niñas reportados mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994) (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados). Asimismo clínicamente se observaron diferencias en ambos grupos, en las siguientes subescalas:

En cuanto al área de Respuesta Afectiva (RA), que se relaciona con frecuentes sentimientos de desdicha y tristeza que les provocan de manera inexplicable un deseo repentino de llorar, reacción que les sobreviene fuera de casa (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). Clínicamente, se puede apreciar que los niños que reportan sentimientos de tristeza, tienden a no expresarlo a través del llanto, mientras que las niñas son más susceptibles a mostrar su tristeza, llegando incluso a presentar ideas de muerte.

Respecto al área de Problemas Sociales (PS), que refiere que los niños a menudo experimentan sentimientos de soledad y temor al abandono, factores que limitan sus posibilidades de independencia, adaptación y relación en contextos extrafamiliares (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). Es importante señalar que clínicamente se observa que las niñas presentan un mayor sentimiento de soledad que los niños.

En el área de Autoestima (AE), en la cual los niños presentan una baja autoestima, existen respuestas relacionadas con la autocrítica y por tanto son comunes los sentimientos de inadecuación y las ideas de poca valía acerca de sí mismos, haciéndolos creer que son poco merecedores del afecto de los demás (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). Se puede apreciar que, clínicamente las niñas son más propensas a señalar sus sentimientos de baja estima, sintiéndose avergonzadas, descontentas y en

general inconformes con su aspecto, mientras que los niños muestran una mayor estima hacia sí mismos.

Por su parte en el área de Preocupación por la Muerte (PM), se presentan respuestas de ansiedad, temor y diversas fantasías de daño y perjuicio, que dirigen de manera tanto autodirigida como heterodirigida, dinámica que les produce culpa y ambivalencia (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). Clínicamente se aprecia que las niñas presentan fantasías acerca de su muerte y desgano para realizar las actividades cotidianas, mientras que los niños tienen una mayor dificultad para realizar las mismas.

En lo que se refiere al área de Sentimiento de Culpabilidad (SC), en la cual los niños presentan pensamientos omnipotentes que sustentan las fantasías de daño hacia los demás y retroalimentan las ideas persecutorias y los sentimientos de culpa que los paralizan (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). Se denota que los niños se piensan culpables del descontento de sus padres, mientras que las niñas tienen mayores sentimientos de culpabilidad debido a sus acciones y de sus insuficientes sentimientos de amor hacia los padres, por lo que sienten que merecen ser castigadas.

En cuanto al área de Depresivos Varios (DV), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron organizarse para formar una identidad (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). Se puede observar que las niñas se sienten más susceptibles a mostrar sentimientos de tristeza mediante el llanto, preocupadas por la opinión de los demás hacia ellas, mientras que los niños presentan un mejor manejo de la hostilidad del exterior.

En el área Ánimo-Alegría (AA), en la cual a pesar de las autorreferencias de tristeza, desdicha, soledad y abandono, culpas y baja autoestima, los menores parecen conservar una actitud optimista y esperanzadora para disfrutar de actividades y relaciones propias de la edad (Ampudia,

Santaella & Eguía, 2009). Se observa que los niños se sienten alegres la mayor parte del tiempo, mostrando una actitud optimista, mientras que las niñas a pesar de sus sentimientos de tristeza, baja autoestima y culpa, parecen disfrutar de algunas actividades.

Finalmente en el área Positivos Varios (PV), en donde los niños se mantienen atentos a las reacciones y afecto de los demás y persiguen de manera persistente la aceptación y aprobación de otras personas (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). Se aprecia que tanto para los niños, como para las niñas es importante tener la atención y aceptación de sus padres y realizar con ellos actividades cotidianas.

Por lo tanto, es necesario investigar el fenómeno del maltrato a menores, puesto que aún existe desconocimiento y poca información acerca del tema, con la finalidad de generar herramientas que permitan concientizar y sensibilizar a los padres de familia, las cuales conlleven a la prevención de estas experiencias traumáticas y sus incidencias en el estado emocional en los niños y promuevan el tratamiento psicológico del maltrato en los mismos.

Se puede concluir que las raíces históricas, culturales y sociales constituyen un reto a vencer al enfrentar el maltrato infantil y sus consecuencias como es la depresión en los menores, se puede ver que en las diversas definiciones y clasificaciones de este fenómeno muestran las dificultades para abordarlo principalmente en dos terrenos: primero, las distintas facetas que el problema posee, y segundo, sus implicaciones éticas y legales. Llama la atención el surgimiento de aspectos y perspectivas distintas que presentan el problema de la clasificación como un proceso en un momento de gran inmadurez (Ampudia, 2011). Es fundamental reunir a los investigadores y expertos del área para trabajar en este aspecto

particular, principalmente en torno a lo psicológico y emocional; una alternativa sería la formación de un grupo de consenso respecto al maltrato infantil y la depresión en nuestro país. En cuanto a la etiología, profundizar en las características del agresor, agredido, disparador de la agresión y de su interacción permitirá establecer estrategias preventivas que impidan maltratar al menor. Pensamos que en el terreno de la epidemiología la investigación tiene un reto preponderante; una vez superados los aspectos históricos y culturales, será posible contar con definiciones claras y precisas que nos permitan obtener un registro confiable y una visión más real del problema. El estudio de las repercusiones abre otro panorama que ofrece aclarar aspectos del desarrollo de la personalidad y de las alteraciones de la conducta en el adulto, quien hoy puede generar un niño agredido, y mañana, otro agresor (López, Ampudia, Medina y Morales, 2010). Esta es otra motivación importante para continuar con el desarrollo de la investigación en el área, lo que irá de la mano con la exploración de distintas alternativas para su manejo y ofrecer resultados más congruentes con la realidad a partir de la evaluación del problema (Ampudia, Santaella y Eguía, 2009), que constituye una herramienta eje para el diagnóstico. Siendo el maltrato infantil y la depresión un fenómeno multicausal y universal, consideramos que la divulgación, instrucción y educación de la población en general sobre el mismo son estrategias prioritarias que pueden permitir hacer conciencia a todos; es necesario dar a conocer que no sólo el trauma físico lesiona a un niño, sino que también los otros tipos de maltrato, como el emocional, el psicológico y la negligencia, deterioran la personalidad del pequeño, y de aquí la importancia de identificar cada uno de estos indicadores. Coincidimos con otros investigadores citados en que el abordaje terapéutico es integral e incluye a todo un equipo especializado en la solución de esta problemática. También es necesario precisar desde

dónde un acto puede ser considerado como maltrato, es decir, unificar criterios en cuanto a la definición y la clasificación del maltrato infantil y la depresión, así como promover y realizar investigaciones en nuestra población, con nuestros niños, debido a que son pocas las que se hacen en este terreno, entre las que destaca el trabajo que dirige la Dra. Ampudia, quien desde hace muchos años se ha preocupado por los diversos aspectos del maltrato y sus consecuencias. Se requieren, como lo mencionan Ampudia, Santaella y Eguía, (2009) de recursos económicos tendientes a defender y proteger en forma real a los pequeños. Recuérdese que: “El niño maltratado de hoy es el adulto conflictivo de mañana”.

BIBLIOGRAFÍA:

- Acevedo A. J. (2010). El castigo infantil en México: Las prácticas ocultas. México: Plaza y Valdés Editores.
- Ampudia, R. A. (2010, Octubre). *Prevención del maltrato infantil y alternativas para su prevención*. XVIII Congreso Mexicano de Psicología rumbo a la certificación: 60 años de psicología mexicana. Universidad Iberoamericana. México.
- Ampudia, R. A. (2011). Evaluación de indicadores de maltrato infantil en maestros mexicanos de nivel primaria. Memorias, XXXIII Congreso Interamericano de Psicología, Junio.
- Ampudia, R. A, Jiménez, F. y Sarabia, N. (2008, octubre). *Alteraciones emocionales en menores maltratados*. XVI Congreso Mexicano de Psicología Regulación profesional: una necesidad ante la problemática social. Nuevo León- Monterrey.
- Ampudia, R. A, Santaella, G. y Eguía, S. (2009). Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil. México: Manual Moderno.
- Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M. & Woscoboi, N. (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos. Primera edición, abril de 2012. Argentina. Recuperado en http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simple.pdf.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1994). Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide. Barrio
- Banús, L. S. (2014). Psicodiagnosis.es. Especialistas en Psicología Infantil y Juvenil. Gabinete. Recuperado en <http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/ladepresionenniosyadolescentes>.

- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Prentice-Hall.
- Bordin, I. A., Duarte, C., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, Bartira M. P. & Cristiane, S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 87 Issue 5, p336-344.
- Cantón, J. y Cortés, M. (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil. Causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Siglo veintiuno de España editores.
- Casado, F. J., Díaz, H. J. y Martínez, G. C. (1997). *Niños Maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz De Santos.
- Castillo, R., Ceballos, M., Cortés, A., Delgado, S., Rojas, M. (2003). *Depresión en niños institucionalizados y no institucionalizados*. Facultad de Psicología., UNAM.
- Cobo, C. (1992). *La depresión infantil del nacimiento a la adolescencia*. España.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson.
- Cruz, J. C., Morales, M. J. y Ramírez, O. (1996). *Validez y confiabilidad y normas del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), de Lang y Tisher*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- De la Garza, F. (2007). *Depresión en la infancia y en la adolescencia*. México: Trillas.
- DIF (2009). *Desarrollo Integral de la Familia*. Recuperado en <http://www.df.gob.mx/wb/gdf/desarrollointegraldelafamiliadif>.
- Elorza, H. (1987). *Estadística para ciencias de comportamiento*. Harla: México.
- Fang, X. y Corso, P. (2008). Gender Differences in the Connections Between Violence Experienced as a Child and Perpetration of Intimate Partner Violence in Young Adulthood. *Journal of Family Violence*. Vol 23, 5, 303-313.

- Fernández, E. (2002) De los malos tratos en la niñez y otras crueldades. Argentina: Grupo Editorial Lumen.
- Fletcher, Jason M. (2009). Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression. *Social Science & Medicine*. Vol. 68(5). 799-806.
- Gaxiola, J. C., Frías, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 22, N° 2, 363-374.
- Gladstone T., Beardslee W. (2009). The Prevention of Depression in Children and Adolescents: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 54(4), 212-21.
- Goldstein, A. L., Flett, G. L. y Wekerle, C. (2010). Child maltreatment, alcohol use and drinking consequences among male and female college students: An examination of drinking motives as mediators. *Addictive Behaviors*. Vol. 35 (6). 636.
- Grau, M. A., et al., (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Gutiérrez, M. (1991). Estudio de la prevalencia de la depresión infantil en un colegio particular para instrucción primaria de la Ciudad de México.: Ensayo de la Children Depression Scale (CDS). Versión española. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, L., (2010). *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: McGraw-Hill.
- Ibarra, C, Ortiz, A, Alvarado, J, Graciano, J, Jiménez, H. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*, Vol. 33 N° 4, 317-324.
- INEGI (2009). Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Recuperado en <http://www.inegi.org.mx>.

- Joukamaa, M., Luutonen, S., Von, R., Heinrich, P., Karlsson, H. y Salokangas, R. (2008). Psychosomatics: *Journal of Consultation Liaison Psychiatry*. Vol. 49(4), 317-325.
- Jud, A., Lips U y Landolt, M. (2009). Characteristics associated with maltreatment types in children referred to a hospital protection team. *European Journal of Pediatrics*, 169, 173-180.
- Kolko D., Hurlburt M., Zhang J., Barth R., Leslie L., Burns B. (2010) Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents Referred for Child Welfare Investigation: A National Sample of In-Home and Out-of-Home Care. *Child Maltreatment*. 15(1). 48.
- Lang, M. y Tisher, M. (2003). Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Madrid: TEA Ediciones.
- Lewis, C. C., Simons, D. A., Nguyen, J. L., Murakami, L. J., Reid, M., Silva, G. S. y March, S. J. (2010). Impact of childhood trauma on treatment outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS)). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 49 (2). 132-140.
- Loh, S. F., Maniam, T., Tan, S. M. K., Badi'ah, Y. (2010). Childhood adversity and adult depressive disorder: A case-controlled study in Malaysia. *East Asian Archives of Psychiatry*. Vol. 20(2), 87-91.
- López-Arce, C. A. M., Ampudia R. A., Medina, O. G. A. y Morales, C. M. (2010). Evaluación de indicadores de maltrato emocional en niños maltratados. Simposio: Prevención del maltrato infantil y alternativas para su atención. Número especial Revista Mexicana de Psicología, Octubre.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. y Ortiz, M. J., (1999). Desarrollo afectivo y social. Movilización educativa. Recuperado en <http://www.movilizacioneducativa.net/imprimir.asp?idLibro=15>.

- Loredo, A. A., (1994). Maltrato al menor. México: Interamericano McGraw-Hill.
- Lozano, R., Del Río, A., Azaola, E., Castro, R., Pamplona, F., Atrián, M. e Híjar, M. (2006). Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF. Recuperado en [http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo II y III\(1\).pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(1).pdf).
- Martín, J. H. (2005). La intervención ante el maltrato infantil. Una revisión del sistema de protección. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Medina, O. G. A., (2009). Indicadores de negligencia física y emocional en niños con maltrato. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Motta, L. (2013). Identificación de trastornos depresivos en niños y niñas de 7 a 12 años víctimas de maltrato infantil atendidos en la comisaria primera de Florencia Caquetá. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.
- Moylan, C., Herrenkohl, T., Sousa, C., Tajima, E., Herrenkohl, R. y Russo, M. (2009). The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Violence*. Vol. 25. 1, 53-63.
- OMS (2013). Organización Mundial de la Salud. Recuperado en <http://www.who.int/topics/gender/es/>.
- Perea, A., Loredo, A., Trejo, J., Baez, V., Martín, V., Monroy, A., Venteño, A. (2001). El maltrato al menor: propuesta de una definición. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México.*, Vol. Nº 4.
- Rivera, L. (2009). Ansiedad en niños con maltrato, institucionalizados. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Sanmartín, J. (2005). Violencia contra niños. Barcelona: Ariel.
- Santaella, G., Ampudia, A., Sánchez, G. y Hernández, L. (2010, octubre). *Evaluación de un caso de violencia infantil*. XVIII Congreso Mexicano

- de Psicología rumbo a la certificación: 60 años de psicología mexicana. UNAM, México y Universidad de Salamanca, España.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sarabia, N. (2009). *Factores emocionales del maltrato infantil*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Scarpa, A., Haden, S., Chiara, A. (2010). Pathways linking child physical abuse, depression, and aggressiveness across genders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. Vol. 19(7), 757-776.
- Shaffer, D. y Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.
- Soriano, D. A. (2001). *Hablamos de Maltrato infantil*. Madrid: San Pablo.
- Soutullo, C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. España: Ediciones Universidad de Navarra.
- Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, México, (2014). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado en <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico>.
- Tonon, G. (2001). *Maltrato infantil intrafamiliar. Una propuesta de intervención*. Argentina: Espacio editorial.
- Villanueva, L. y Clemente, R. (2002). *El menor ante la violencia. Procesos de victimización*. España: Universidad Jaume I.
- Vite, A., Parra, R. y Palma, O. (2002). El papel de la indiscriminación materna en el maltrato físico infantil. *Enseñanza e investigación en psicología*, vol., 7, N° 1.
- Wolfe, D., Crooks, C., Debbie, Ch. y Jaffe, P. (2009). Child maltreatment, bullying, gender-based harassment, and adolescent dating violence: making the connections. *Psychology of Women Quarterly*, 33, 21-24.