



164

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y NIVEL DE MADURACIÓN
EN NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MATA VILLALBA FLOR

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. CELSO SERRA PADILLA

REVISORA: DRA. MA. LUISA RODRÍGUEZ HURTADO



MÉXICO, D.F.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La paciencia es la dote de los fuertes.

R.P.L.

GRACIAS A:

Mis padres Tomas y Lulú,
por haberme impulsado y
ayudado en todo momento
de mi vida y de mi formación,
alentándome a seguir siempre adelante.

Lulú,
por su ayuda,
confianza y entusiasmo,
que me impulso para lograr
mis propósitos.

Freedy,
por el amor y apoyo
que siempre encuentro;
pues en las tormentas de la vida,
pareciera que el mar no se agitara en tu presencia.

Mi abuelito Juan,
que aunque ya no estés a mi lado,
me enseñaste el verdadero valor de la amistad
y del amor sin esperar nada a cambio.

Todos mis amigos
que significan algo en mi vida,
y que de una u otra forma se interesaron y me apoyaron
en la realización de esta tesis y en todo: Jenny, Alberto, Licha,
Omar, Toño, Lucero, Gabo, Carmen, Chambert, Olga, Claudia, Mauricio, Viviana,
Fer, Pancho, Zule, Tanya, Amanda, y los que faltaron.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPÍTULO I. FAMILIA | 5 |
| CAPÍTULO II. MADURACIÓN | 8 |
| CAPÍTULO III. DEPRESIÓN INFANTIL | 22 |
| 3.1 Clasificación de las depresiones | 23 |
| 3.2 Enfoque psicoanalítico de la depresión | 30 |
| 3.3 Enfoque cognitivo- conductual | 35 |
| 3.4 Enfoque interpersonal- existencial de la depresión | 36 |
| 3.5 Enfoque sociológico de la depresión | 38 |
| 3.6 La depresión infantil como aspecto de desarrollo | 46 |
| 3.7 La depresión como desorden clínico | 46 |
| CAPÍTULO IV. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN | 51 |
| 4.1 Causas genéticas | 51 |
| 4.2 Causas psicológicas | 51 |
| 4.3 Causas sociales de la depresión | 53 |
| 4.4 Prevención de la depresión infantil | 55 |
| CAPÍTULO V. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR | 62 |
| CAPÍTULO VI. MALTRATO INFANTIL | 65 |
| 6.1 Causas que pueden propiciar el maltrato infantil | 68 |
| 6.2 Consecuencias del maltrato infantil | 76 |
| CAPÍTULO VII. METODO | 83 |
| 7.1 Planteamiento y justificación del problema | 83 |
| 7.2 Hipótesis | 84 |
| 7.3 Variables | 84 |
| 7.4 Participantes | 86 |
| 7.5 Muestreo | 87 |
| 7.6 Tipo de estudio | 87 |
| 7.7 Diseño | 87 |
| 7.8 Instrumentos | 88 |
| 7.9 Procedimiento | 99 |
| 7.10 Análisis estadístico de datos | 101 |
| CAPÍTULO VIII. RESULTADOS | 102 |
| CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 117 |
| CAPÍTULO X. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS | 123 |
| BIBLIOGRAFÍA | 125 |
| ANEXOS | 133 |

GRACIAS:

Mtro. Celso Serra Padilla,
con especial cariño y gratitud
por ser una guía y aliciente
durante la carrera y por todo el apoyo
y estímulo para la culminación de este trabajo.

Dra. Maria Luisa Rodríguez Hurtado,
por su tiempo, paciencia y dedicación
que recibí junto con sus valiosos conocimientos
para la realización de este trabajo.

Lic. Patricia Romero,
por todo el apoyo que me brindo,
sin el cual no hubiera sido posible finalizar esta tesis.

Al honorable jurado:
Mtra. Fayne Esquivel Ancona
Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez
Mtra. Cristina Heredia Ancona
Por sus valiosas aportaciones.

A los niños,
con mucho amor, pues en esos
días de convivencia aprendimos
mucho juntos, donde lo mas importante
fue regalar respeto y cariño sincero.

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y NIVEL DE MADURACIÓN EN NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue investigar si existe una relación entre la depresión infantil y el nivel de maduración en niños que han sido víctimas de maltrato infantil. El niño golpeado presenta trastornos afectivos entre los que destaca la presencia de una depresión enmascarada e influye negativamente en la madurez mental (Calderón, 1987; Gold, 1986). El estudio se realizó en dos grupos de 30 sujetos cada uno, conformados por niños y niñas entre 8 y 11 años de edad: grupo de niños víctimas de maltrato físico y grupo control. Los instrumentos utilizados fueron: DFH, CDS y las subescalas de cohesión, expresividad y conflicto familiar de la Escala de Ambiente Social Familiar. Los resultados revelaron que existen diferencias significativas entre los niños víctimas de maltrato físico y los niños del grupo control, donde el bajo nivel de maduración se presentó en todos los niños víctimas de maltrato y este a su vez se correlacionó significativamente con la depresión .

INTRODUCCIÓN

El termino violencia intrafamiliar se aplica a los actos violentos que ocurren en el hogar y que son cometidos entre los miembros de la familia.

El niño que está inmerso en un ambiente familiar violento, constantemente corre el riesgo de ser maltratado por sus padres o cuidadores. El maltrato infantil provoca deterioro de las relaciones familiares y del potencial del niño, lo que limita el desarrollo y el uso de sus habilidades en el futuro (Téllez, 1995).

Los niños maltratados no son característicos de ninguna clase socioeconómica particular, ni de ninguna cultura específica, convirtiéndose así en fenómeno universal. En México se encuentran en todos los niveles y para nadie es desconocido que nuestra niñez es víctima frecuente del maltrato y de explotaciones diversas.

Estos niños tienen pocas probabilidades de llegar a ser adultos felices y saludables. En el mejor de los casos se desarrollarán sin dar muchos problemas o alegrías a sí mismos o a los demás; en el peor de los casos serán niños no amados que crecerán hasta convertirse en padres no amantes y potencialmente agresores de sus propios hijos.

La investigación sobre el tema de maltrato infantil se encuentra con la dificultad de distinguir entre la disciplina parental violenta pero legítima, del maltrato infantil violento, excesivo e inadecuado. La transición de la disciplina al maltrato se define de diversas maneras según el contexto sociocultural y la edad de los niños (Parra, 1994).

Se ha visto que el maltrato provoca en el niño baja autoestima, conducta antisocial, etc., y que como resultado de la conjunción de efectos negativos podría producirse un estado de depresión.

Se debe considerar importante averiguar la presencia de síntomas depresivos en niños maltratados, ya que algunos autores reportan que éstos, viven en una situación familiar con alto riesgo para que se presenten estos síntomas. Además la detección oportuna permite tomar las medidas adecuadas de tratamiento y atención en los casos necesarios, previniendo la derivación de

dichos síntomas en un cuadro grave de depresión mayor que con lleva el riesgo lamentable del suicidio.

Las primeras etapas evolutivas del niño, en donde no puede valerse por sí mismo, transcurren habitualmente, en el seno de la familia, que cubre sus necesidades físicas y psicológicas iniciales; por ello es necesario un ambiente nutriente, que responda a las necesidades a través de toda la infancia del individuo.

Las necesidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales de los niños deben satisfacerse en su totalidad si ellos han de disfrutar la vida, desarrollar todo su potencial y llegar a ser adultos que participen y contribuyan.

Los niños que vivieron experiencias negativas a lo largo de su vida, son incapaces de enfrentar las situaciones aún las cotidianas y es posible que experimenten el desamparo y desesperanza, los sentimientos de abandono, confusión y agobio que pueden conducirlos a la culpa, el enojo, falta de valía, o a la depresión. Experiencias que distorsionan el desarrollo afectivo, que incorporan al núcleo de la personalidad y que condicionan toda la conducta dado que la conducta no sólo es el resultado de lo que sucede desde el mundo exterior, sino también una función de cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos en el interior.

Los efectos del maltrato pueden ser tan devastadores que van desde lesionar la maduración y crecimiento normal (Gold, 1986), hasta provocar tendencias criminales en el individuo (Kempe y Kempe, 1985).

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

La violencia familiar es un fenómeno multicausal, es decir, no podemos hablar de un solo factor causante de la misma. Para poder entenderla se deben tomar en cuenta tanto el contexto familiar como el social. Por un lado esta la historia personal de cada individuo, pues, es más probable que una persona se involucre en una relación violenta cuando, proviene de una familia donde existió maltrato, poca comunicación, falta de respeto y amor. Por otro lado, se encuentra

el contexto social en donde vive la persona; las normas sociales que permiten la agresión; además, aumenta la probabilidad de que una persona sea violenta cuando, la presión social es muy fuerte, por ejemplo, que el individuo tenga un empleo poco remunerado y muy cansado, una familia numerosa y vivan en un espacio pequeño. Ambos factores le dan a cada individuo características personales que favorecen la violencia familiar, como nivel de agresividad, autoestima y habilidades sociales, así como normas y valores. Otro factor importante derivado de los anteriores, es el nivel de estrés acumulado por cada persona, pues es muy probable que una persona muy estresada reaccione de manera violenta. Como se puede ver la violencia familiar es un fenómeno complejo, que no solo afecta a la familia sino a la sociedad completa; pero este efecto no es en un solo sentido es bidireccional, es decir, la violencia social repercute en la familia y viceversa la violencia familiar repercute en la sociedad.

Las consecuencias físicas y emocionales del maltrato infantil son bien conocidas (Cicchetti, 1989; Crittenden y Ainsworth, 1989). Sin embargo, no se conoce lo suficiente acerca del efecto del maltrato como causa del estado depresivo y su relación con la madurez mental de los niños.

El objetivo de este estudio fue precisamente estudiar la relación entre la depresión infantil y el nivel de maduración del niño. Para ello se describen los hallazgos más relevantes acerca de la familia, maduración, depresión infantil, violencia intrafamiliar y maltrato infantil (definiciones, tipos, causas y consecuencias).

CAPÍTULO I

FAMILIA

Los primeros años de vida del ser humano son la época más importante, ya que es cuando se establecen las bases de la personalidad. Durante este tiempo el niño va a desarrollar su estilo y forma básica de ser de acuerdo a cómo se trate.

El niño en su infancia vive en un mundo lleno de riesgos, debido a que su bienestar depende totalmente de cómo se le trate, del apego entre él y sus padres y de la forma en que la familia es capaz de satisfacer sus necesidades.

La influencia del hogar puede acelerar o detener la evolución infantil en todas las áreas que ésta abarca. Un niño bien estimulado, al que se habla, que se le quiere y se atiende como necesita, aprenderá a hablar, a caminar, a leer y escribir, y su desarrollo será más firme que el del niño al que le faltó estimulación y apoyo.

Porot (1980) afirma que el amor, la aceptación y estabilidad son las tres columnas de la seguridad, condición primordial del desarrollo afectivo infantil. Por tanto, si el medio del niño es, en principio, su familia, la calidad de sus relaciones familiares hará que su evolución afectiva sea normal o patológica. Según el grado de seguridad que se le brinde, el niño se convertirá en un adulto psicológicamente normal o no.

El niño necesita del amor de sus progenitores para poder subsistir; sus primeros años de vida dependen del cuidado que le brindan sus padres y en forma muy especial de su madre. Las consecuencias del rechazo o desamor materno alcanzan serias repercusiones en el desarrollo físico, psicomotor, intelectual y emocional del niño (Mercado, 1991).

Bowlby (1985) cree esencial para la salud mental del infante, una relación afectuosa, íntima y continua con su madre (o sustituto materno permanente, alguien que le dé cariño constante), en la que ambos encuentren satisfacción y gozo.

El papel de la madre es importante en la medida en que ella comprende lo que implica ser una madre, y en la forma en que ella puede interactuar con su

bebé; el papel del padre es importante en tanto él se deje sentir y actué sus propias capacidades para nutrir y proteger a su hijo.

La relación compleja, rica y satisfactoria con la madre en los primeros años, matiza de muchas maneras las relaciones con el padre y los hermanos, es la base del desarrollo del carácter y de la salud mental (Bowlby, 1985).

En la conceptualización de la familia como un entorno propicio para las interacciones violentas se analizan dos variables en torno a las cuales se organiza el funcionamiento familiar: el poder y el género. Ambas categorías se refieren a una particular organización jerárquica de la familia. En ella la estructura del poder tiende a ser vertical según criterios de género y edad. En una estructura vertical se suele poner acento en las obligaciones, más que en los derechos de los miembros. Por lo tanto, los más débiles tienen una obscura conciencia de sus opciones y facultades, de ahí que su dependencia con respecto a los más fuertes se acentúa y su autonomía personal se ve coartada (Cusinato, 1992).

Para Reyes (1997) la familia se entiende como un grupo dinámico que organiza las interacciones de sus miembros que cumplen funciones encaminadas a: a) satisfacer las necesidades básicas de comida, techo, ropa, educación, y para los cónyuges la necesidad de vida sexual; b) satisfacer las necesidades emocionales básicas para desarrollarse psicológicamente; y c) hacer frente a las crisis, enfermedades y peligros que la vida implica. Así mismo, las tareas básicas de la familia son la conservación de la especie, la nutrición, el desarrollo y el manejo de los impulsos que permiten a las personas convivir en sociedad.

Para poder aproximarnos al estudio de la familia en su entorno real, se debe considerar que la familia por sus características de intimidad, privacidad y creciente aislamiento, es una organización que tiende a ser conflictiva. El conflicto que parece inherente a la vida de la familia no genera necesariamente violencia; sin embargo, a veces el negar el conflicto contribuye a la aparición de la violencia.

Los patrones socioculturales de cada familia son únicos. Cada una tiene sus propios rasgos, que son una consecuencia, de la formación educativa de cada

uno de los progenitores, de su nacionalidad, religión, raza, lengua, nivel cultural, etc. (Nieto, 1978).

Las actitudes negativas de los padres que integran una familia desorganizada pueden ser: autoritarismo exagerado, sobreprotección, indiferencia o frialdad en el trato con sus hijos, o contradicción entre los lineamientos educativos que siguen el padre y la madre.

Si un niño no oye hablar a su alrededor, no aprende a hacerlo. Un niño que vive en un ambiente poco estimulante no puede alcanzar el nivel de desarrollo que puede lograr un niño de su misma edad que ha recibido suficiente estimulación sensorial, emocional y afectiva. Es por eso que la influencia social es determinante en el desarrollo del niño, la estimulación que recibe a través de las sensaciones, del movimiento y del juego constituyen la base de su desenvolvimiento.

La familia es considerada como la institución en la que se practica más intensa y organizadamente las actividades sociales elementales y, por lo mismo, es portadora de cultura; transmite a sus miembros: conocimientos, costumbres, hábitos, tradiciones, valores, etc., determinando un ambiente que influirá en el desarrollo del niño (Arciniega y Berzunza, 1996).

Resumiendo podemos decir que la familia es el primer ambiente del niño, donde sienta las normas de sus actitudes hacia la gente, hacia las cosas y a la vida en general. Además como el niño se identifica con los miembros de la familia que ama, imita sus normas y conductas y aprende a adaptarse a la vida que ellos adoptan y de la manera en que ellos lo hacen (Cusinato, 1992).

Si bien la norma establecida en la familia puede ser combinada y modificada al crecer el niño, nunca puede ser erradicada completamente (Reyes, 1997).

CAPÍTULO II

MADURACIÓN

En un principio, la maduración fue descrita como un término biológico relacionado con el crecimiento físico observable de un organismo. Actualmente, dentro del campo de las ciencias de la conducta, denota procesos vinculados temporalmente, y consiste en una serie de cambios progresivos en el funcionamiento del individuo como una unidad biopsicosocial (García y Olvera, 1986).

Para conocer cualquier aspecto de la conducta del niño es de importancia fundamental conocer algunos de los aspectos neurológicos que intervienen en el desarrollo.

Una sola célula nerviosa, que es la unidad estructural o bloque de construcción del sistema nervioso, recibe el nombre de neurona. Posee todas las características de las células vivas en general y además se especializa en la recepción y transmisión de mensajes electroquímicos (impulsos nerviosos) (Breckenridge, 1958).

Las neuronas, o células nerviosas, constituyen el elemento esencial del sistema nervioso. Su número es muy elevado, y se sitúa entre cien mil millones y un billón. Lo curioso es que ese número se alcanza ya en la vida intrauterina y no va a aumentar a lo largo de la vida, en contra de lo que sucede con otras células del cuerpo. Sin embargo, el peso del cerebro de un recién nacido es la cuarta parte del adulto, mientras que en éste, sólo representa la vigésima parte de su peso, y ese aumento se debe a los restantes elementos que hay en el cerebro. En efecto además de las neuronas están las neuroglías que sirven de apoyo a las células nerviosas, transmitiéndoles alimentación de la sangre y que fabrican la mielina, un elemento esencial en el cerebro (Harperl, 1975).

Las neuronas están conectadas entre sí por terminaciones que son las dendritas y los axones. Esas conexiones entre las células nerviosas son extremadamente importantes, se desarrollan a enorme velocidad durante los

primeros años de vida y continúan estableciéndose durante toda la existencia, se les denomina genéricamente sinapsis.

El número de sinapsis es extremadamente elevado, cada neurona puede estar conectada con algunas otras o con miles de ellas y las conexiones pueden ser muy cortas o tener longitudes tan grandes como un metro.

Las neuronas y sus conexiones están rodeadas de mielina, una sustancia blanca de tipo graso que resulta extremadamente importante como aislante de las células nerviosas que facilita la transmisión de la información de unas células a otras.

Así pues las neuronas constituyen la llamada sustancia gris del cerebro, emiten y reciben informaciones que se transmiten a lo largo de las sinapsis, bien de forma química, bien en forma de impulsos eléctricos. La sustancia blanca está constituida por esas conexiones y los elementos de apoyo.

La formación de sinapsis es esencial para el funcionamiento del sistema nervioso y también lo es la mielinización. Por ejemplo, los niños recién nacidos tienen mecanismos muy eficaces para chupar y tragar, algo esencial para su supervivencia. Pues bien, se ha encontrado que la mielinización de los nervios que controlan esas actividades está ya establecida en el nacimiento, cosa que no sucede, en cambio, con las sinapsis responsables de otras conductas.

Así, la mielinización de las partes relativas al sistema auditivo empieza en el sexto mes de vida prenatal y continúa hasta los cuatro años, mientras que la del sistema visual comienza poco antes del nacimiento y se completa en lo esencial en pocos meses. Son pues las funciones las que determinan el ritmo de la mielinización, más que la posición de las células en el cerebro. Las personas que padecen una enfermedad denominada esclerosis múltiple, que destruye la cubierta de mielina, ven profundamente alterado el funcionamiento de un gran número de capacidades vista, oído, lenguaje, actividades motoras, etc., lo que pone de manifiesto la importancia de la mielina (Harperl, 1975)

Probablemente esto favorece el establecimiento de conexiones entre las neuronas, de tal manera que puede decirse que la actividad intelectual contribuye al desarrollo del cerebro, al menos en ese aspecto de aumentar las conexiones

entre las neuronas, y esas conexiones parece que son algo esencial para el funcionamiento de la inteligencia humana. Probablemente hay períodos más adecuados para que se produzcan esas conexiones y quizá esto es lo que explica que cuando ciertas cosas no se aprenden en un determinado momento, cuando pasa un cierto período, resultan muy difíciles o incluso imposibles de aprender (Delval, 1994).

En la parte más exterior del cerebro, el córtex, es donde residen las funciones mentales superiores. La llamada área motora primaria, que controla la mayor parte de los movimientos es la que primero se desarrolla, seguida por las áreas sensoriales, primero el tacto, luego el área visual y luego la auditiva, aunque las velocidades de desarrollo de unas y otras no son iguales.

Las neuronas se asemejan a los alambres de un sistema telefónico complejo. Cada neurona como cualquier otra célula tiene su propio núcleo. La parte de la neurona en la que está situado su núcleo es de forma aproximadamente esférica y lleva el nombre de cuerpo celular. Los cuerpos celulares están reunidos en racimos y situados en diversas partes del sistema nervioso central, pero algunos cuerpos celulares están reunidos en pequeños racimos o ganglios de otras partes del cuerpo (Ruch, 1971).

El sistema nervioso, con sus dos partes, la central y la periférica, es el mecanismo encargado de la integración y correlación de los procesos corporales de las reacciones y adaptaciones del organismo a su ambiente y de la vida consciente

El sistema nervioso central, está formado por el encéfalo y la médula espinal que, son continuos entre sí. El sistema nervioso periférico consta de una serie de nervios, mediante los cuales el sistema nervioso central se comunica con los distintos tejidos del cuerpo. Con fines descriptivos dichos nervios se ordenan en dos grupos: los cerebro espinales y los autónomos; los dos están íntimamente relacionados y mezclados.

Gracias al sistema nervioso, los diversos tejidos y sistemas del cuerpo se integran en una unidad operante. La unidad funcional del sistema nervioso es el reflejo, el desarrollo de la mente está profunda e inseparablemente ligado al

crecimiento del sistema nervioso. Cinco meses antes que nazca el niño, todas las células nerviosas que poseerá para siempre se han formado ya, y muchas de ellas están preparadas para funcionar de una manera ordenada. Por este tiempo, el feto ejecuta movimientos con los brazos y las piernas; los párpados pueden funcionar, los globos oculares girar, las manos agarrar, la boca abrirse y cerrarse, la garganta deglutir, el tórax ejecutar movimientos rítmicos, preparándose para el suceso del nacimiento, cuando el aliento de la vida postnatal se introduzca en los pulmones (Harperl, 1975)

Al nacer, el sistema nervioso es muy inmaduro en sus estructuras y por ende en su función, aunque el encéfalo crece con rapidez mucho mayor en la vida fetal y primera infancia que lo hace el resto del cuerpo. Al nacimiento, el encéfalo ha alcanzado 25 por ciento de su tamaño maduro, mientras que el cuerpo en su conjunto no ha llegado más que a cinco por ciento de su volumen adulto. Hacia el año, ha alcanzado aproximadamente 67 por ciento y a los seis años 89 por ciento de su peso adulto.

Ciertas actividades reflejas esenciales para la vida están desarrolladas al nacer, como los reflejos de succión, deglución, vaciamiento de la vejiga, tos, etc. Al nacer existen otras actividades reflejas pero no tan desarrolladas y eficientes.

De acuerdo con el conocimiento relativo al desarrollo del sistema nervioso, se cree que la corteza cerebral del recién nacido es demasiado inmadura para funcionar. Por consiguiente, la conducta inicial del infante es gobernada por centros subcorticales.

El crecimiento del sistema nervioso, al igual que los demás crecimientos, es un proceso que se realiza de acuerdo con una norma. Produce cambios normados en las células nerviosas, los cuales, a su vez, producen los correspondientes cambios en la conducta. En el niño pequeño, son estos cambios de la conducta, los que nos hacen comprender cuales son los que ocurren en el sistema nervioso. Es importante saber que hacia el sexto año, el sistema nervioso del niño está desarrollado y adecuadamente dotado de neuronas maduras. Este desarrollo está relacionado con el proceso del aprendizaje, la actividad, la madurez de hábitos y el funcionamiento de los sistemas del cuerpo (Breckenridge, 1958).

En la infancia es común la conducta estereotipada por razón de un incompleto desarrollo nervioso. La corteza cerebral madura parece ejercer acción inhibitoria sobre algunas actividades que se encuentran bajo el gobierno subcortical y permite la emergencia e integración de otras funciones neuromusculares. Cuando la corteza madura hasta el punto de desempeñar un papel importante en el gobierno de la conducta las características de la actividad cortical se hacen manifiestas, es decir, aparece el elemento de previsión en el modo de reacción, la latencia de la reacción y diversidad grande de respuestas. La corteza no crece en todas sus partes uniformemente y los datos de que se disponen parecen demostrar que la región motora se encuentra más desarrollada al nacimiento y progresa a un ritmo más rápido en los primeros meses que las demás regiones (Azcoaga, 1983).

Gesell (1963), señala una posible relación entre estructura y función, basado en que el aumento del tamaño de la complejidad del cerebelo sigue un curso estrechamente paralelo al desarrollo postural. Crece lentamente en los primeros meses, pero después con rapidez, en la última mitad del primer año y primera mitad del segundo. Hacia los cinco años ha alcanzado prácticamente el tamaño adulto. El período de rápido crecimiento ocurre en la época en que el niño adquiere el gobierno de la bipedestación y de las actividades manuales y locomotoras ciertamente, el desarrollo neurológico constituye una de las diversas esferas en las cuales la disposición madurativa sirve como base para la conducta.

El gobierno voluntario de los movimientos corporales como sentarse, ponerse en pie, el dominio de la evacuación de la vejiga y del intestino, etc., implica aprender y por lo tanto un período de madurez física y mental más avanzado y más completo desarrollo del cuerpo y el músculo. Gentry y Aldrich en 1954, encontraron que ciertos reflejos de los dedos del pie, desaparecen cuando se adquiere el gobierno voluntario señalado por la utilización de los pies para andar. La excepción es el reflejo de Babinski, que desaparece poco a poco durante el primero y segundo año (cit. por Azcoaga, 1983).

La desaparición de estos reflejos y la iniciación de los primeros períodos de la locomoción podrían considerarse como índices de madurez del cambio del

gobierno subcortical al gobierno cortical. La aptitud de realizar dicho gobierno voluntario sigue un patrón ordenado de desarrollo como se ve más adelante, pero la edad cronológica en que se alcanza varía según los niños (Azcoaga,1983).

El desarrollo de la conducta del niño es uno de los procesos a los que se enfrenta el Psicólogo, ya que como se sabe, está influido por una gran variedad de factores que determinan estilos específicos del comportamiento, y esto puede explicarse si se tienen en cuenta las circunstancias bajo las cuales tales procesos de desarrollo se realizan: a) factores genéticos y factores congénitos que determinan los potenciales biológicos con que nace un niño; y b) el medio en que éste nace, el cual influirá considerablemente en los aprendizajes que adquirirá en su interacción con el campo vital; que va desde el ambiente social y cultural en que se desarrolla, esto es raza, nacionalidad y su medio social inmediato (familiar y escolar).

El desarrollo conductual del niño y de sus expresiones está influido por la acción de los aspectos biológicos y naturales, y los efectos del medio externo en donde crece física y psicológicamente.

La palabra maduración se refiere a los cambios internos físicos y psicológicos, tales como los cambios en la estatura y la habilidad; además incluye modificaciones en los procesos de percepción, memoria, conducta social, inteligencia y la capacidad de comprensión.

Revollo en 1985, define la maduración, como la suma de características de la evolución neurológica que presentan la mayoría de los individuos en las diferentes edades de la vida y que permiten la aparición y uso de las capacidades potenciales innatas, expresadas en el área de su comportamiento (SEP , 1988).

La evolución neurológica implica fundamentalmente maduración progresiva, inconcebible sin modificaciones del sistema nervioso. Modificaciones que en la especie humana van caracterizando las diferentes edades con funciones nuevas originadas en una u otra parte del potencial genético. Así, el neonato normal respira, succiona, mantiene erguida su cabeza, ve y oye en los primeros meses de vida. Se sienta a los seis meses y gatea a los diez, para hablar y caminar después del año de edad. Va cumpliendo ordenada y progresivamente el mismo ciclo de la

mayoría, siguiendo pautas cronológicas que permiten establecer la línea normal de desarrollo con características madurativas para cada edad y que se le denomina nivel etéreo de maduración, es decir, la maduración que corresponde a la edad promedio.

La maduración se construye progresivamente gracias a la interacción de factores internos y externos. La maduración anatómica y fisiológica se logra en la medida en que le son proporcionadas al niño las condiciones nutricionales, afectivas y de estimulación indispensables. La maduración es un proceso de diferenciación en el que se presentan funciones especiales a partir de un difuso funcionamiento global; y un proceso de centralización, en que se coordinan las funciones parciales en dirección aun objetivo (Condermarin y Chadwick, 1989).

Cada nivel de maduración permite la puesta en marcha de nuevas funciones, ejercicios o experiencias, capaces de lograr cambios sustanciales si se emplean estímulos adecuados y que representan en la dinámica del aprendizaje, la verdadera posibilidad de su realización.

Goodenough (1951), se interesó por el estudio de la madurez del niño, la cual señaló, se ve reflejada en el dibujo de la figura humana.

Bender (1977), realizó varios estudios en los que encontró que es evidente que el niño no experimenta la percepción como un adulto, ya que el niño va corrigiendo su percepción y alcanzando la madurez conforme se le va estimulando y guiando su motricidad y capacidad sensorio-perceptiva, organizándose a través de la práctica de nuevos modelos.

Wallon (1985), da mayor importancia al desarrollo neuromotor y especialmente a la función postural que por sí sola ofrecerá posibilidad de tentaciones orientadas (tras las respuestas puramente reflejas del recién nacido). En este conjunto adquiere un valor funcional privilegiado la emoción, porque inicialmente está provocada por impresiones posturales y porque es base al mismo tiempo de la postura (gestos, mímica) que emplea a su vez para expresarse. Las relaciones denominadas por Wallon tónico-emocionales son los primeros indicios de desarrollo psíquico en la medida en que inicialmente son las primeras reacciones psicológicas. Para H. Wallon la emoción es el intermedio

genético entre el nivel fisiológico con sólo respuestas reflejas y el nivel psicológico que permite al hombre adaptarse progresivamente al mundo exterior, es el mundo humano del que el niño recibe todo: su saciedad, la satisfacción de sus necesidades fundamentales, etc. El niño puede dar muestras de bienestar o de malestar, ambas emociones puramente primitivas van encaminadas a la discriminación del mundo exterior, puesto que estas emociones van unidas a la acción del mundo humano con el niño, Wallon dice que "el niño que siente va caminando a un niño que piensa".

Erikson en 1976 (cit. Por Azcoaga,1983) señala que los niños obtienen su primera experiencia con la vida fuera del hogar, al ingresar a la escuela. En clase prueban por primera vez lo que va ser una parte importante de sus vidas: dedicarse a "tareas y habilidades determinadas". Es decir, los niños aprenden que necesitan trabajar y obtener reconocimiento, desarrollando funciones y manifestando capacidades. Entre las edades de seis a doce años, no sólo pasan de las operaciones concretas al pensamiento formal, sino también hacen la transición del lenguaje y de los pensamientos egocéntricos a los socializados. Un niño que tiene un éxito con sus esfuerzos escolares tendrá un sentido de laboriosidad. Erikson dice: socialmente es una etapa decisiva, puesto que la laboriosidad incluye hacer las cosas junto a, y con los demás en esta etapa se desarrolla un primer sentido de la división del trabajo y de la oportunidad diferencial, es decir, el sentido del carácter tecnológico de la cultura. El niño que no tiene éxito en la escuela, que no tiene confianza en ser capaz de hacer las cosas con y aliado de los demás, y que no logra un puesto en el grupo de los de su edad, tendrán un sentimiento de incapacidad e inferioridad.

Las tres cuartas partes de los niños llamados inadaptados, afirma George Mauco (1964), provienen de familias inestables que no pudieron dar a los hijos un sentimiento de seguridad. Según que el padre o la madre sean nerviosos o tranquilos, ansiosos o confiados, o duden de sí mismos o actúen con una tranquila seguridad, el niño será inquieto o equilibrado. Si la imagen ofrecida por los padres está alterada por dudas, ansiedad, agresividad o conflictos conyugales, la personalidad del niño se construirá mal. También él se comportará con

inseguridad; oscilando del repliegue ansioso a la agresividad defensiva. Sentirá a los otros como insatisfactorios, estará insatisfecho de sí mismo, su actividad (por ende sus aprendizajes) serán perturbados. Desde esta perspectiva de Georges Mauco, el carácter es más adquirido que heredado; es en la vida familiar donde el niño conoce la confianza o la duda en sí mismo con respecto a los demás, y luego con respecto a su actividad y su trabajo. Así nacen los primeros sentimientos de confianza o fracaso.

En cada estadio de maduración es probable que sea distintiva la estructura de las relaciones entre el individuo y la familia. Para el niño los problemas de adaptación más importantes están contenidos dentro del marco familiar, el niño y su madre, el niño y su padre, el niño y sus hermanos. Las exigencias de la integración a los roles intrafamiliares deben armonizar con las exigencias correspondientes de los roles extrafamiliares (sociales). Mientras que las estructuras de la vulnerabilidad a la enfermedad se forman en la niñez, el futuro de esta vulnerabilidad está determinado por las experiencias interpersonales de la vida posterior. La afectividad infantil es a la vez intensa y dominante, es decir ocupa el primer plano de la escena psicológica y tiene bajo su hegemonía a las demás funciones.

Las emociones del niño pueden y deben ser consideradas ante todo como manifestaciones o trastornos de su vitalidad: significa que reaccionan con su vivacidad ante los estímulos del medio, su comportamiento emocional en su diversidad constituyen la forma en que el niño reacciona. Como menciona Blach (1984), no es solamente la entrada a la escuela la que provoca un gran número de reacciones emocionales, más o menos vivas, según los sujetos se producen a lo largo de toda escolaridad. Bien se trata de alegrías, tristezas o cóleras, pero sobre todo de los temores vinculados a los menudos acontecimientos de la vida escolar; ya que estos temores inquietan a muchos niños.

El factor maduración es el que afecta más profundamente y de una manera más duradera el desarrollo emocional del niño. La maduración puede producir efectos como:

1. El comportamiento emocional tiende a estabilizarse, además que con la edad las emociones adquieren duración y consistencia.
2. Conforme va avanzando la edad del sujeto piensa que sus emociones, opciones de su edad y su porvenir están en sus manos.
3. Con la maduración se va adquiriendo control sobre las emociones, perdiendo la caracterizada violencia explosiva. Mientras que la parte de violencia física disminuye, aumenta el arrebato verbal, hay más cólera sin violencia ejercida sobre otro.
4. Existe un acceso a nuevas fuentes de inquietudes y emociones vinculadas al desarrollo de la vida estética, religiosa y moral.
5. A medida que la vida social del niño se enriquece y se hace compleja, sus emociones tienden también a socializarse cada vez en mayor grado.
6. Con el avance de la edad va manifestándose un grado de conciencia, frecuentemente crítica, de sus emociones y manifestaciones.
7. El desarrollo emocional no tiene una continuidad total, pues los fenómenos de regresión a formas más primitivas en una edad determinada, no son raras.

El desarrollo cognoscitivo, (Anjuria, 1980), es el proceso a través del cual el individuo conoce el mundo que le rodea. Es la manera en que va evolucionando el pensamiento. Esto se observa en la forma de solucionar problemas, las estrategias que se emplean, el uso de la información. Algunos de los factores generales que interviene en la evolución mental son: la maduración, la experiencia o la acción sobre los objetos y la transmisión social o la educación. La maduración es el proceso en el que el sistema nervioso va coordinando sus estructuras y funciones. Es importante porque en la medida en que avanza, abre nuevas y más amplias posibilidades de efectuar acciones y adquirir conocimientos. La experiencia consiste en la exploración o manipulación de objetos. Aplicar sobre ellos distintas acciones (separar, desplazar), el niño descubre no solamente sus características y cómo se comporta ante las acciones que él les aplica, sino también establece relaciones lógicas que no están en los objetos mismos, sino en la actividad intelectual del niño (clasificar, poner en correspondencia). La transmisión social o educación se refiere a la información que el niño recibe de sus

padres, de otros niños, de los medios de comunicación de la escuela y del medio social y cultural en que se desenvuelve.

La capacidad para ir pasando de un nivel de pensamiento a otro, se transforma en verdadera capacidad cognoscitiva si existe un ambiente rico en experiencias y situaciones en donde hay interacciones personales y planteamiento de problemas que se deben solucionar y exigen la búsqueda de respuestas. Los teóricos cognoscitivistas, al estudiar las repuestas de los niños ante ciertas tareas, encontraron patrones comunes de comportamiento intelectual que se agruparon en diferentes niveles de pensamiento: sensorio motriz, preoperacional, de operaciones concretas y de operaciones formales. En cada etapa el niño conoce el mundo de distinto modo y usa mecanismos internos diferentes para organizarse; al mismo tiempo de las capacidades adquiridas anteriormente se retoman para integrarse en el siguiente período. Si bien los modos característicos de pensamiento de cada período son aplicables a todos los seres humanos independientemente de la cultura a la que pertenezcan, es el medio físico y social lo que permite y obstaculiza el grado de desarrollo que se alcance.

Los aspectos sociales, afectivos y morales en el desarrollo infantil implican los progresos del niño en su capacidad para relacionarse con los demás y en las manifestaciones de sus emociones y sentimientos. Esta capacidad de relacionarse y expresarse constituye el proceso de socialización en donde se conjugan las emociones y sentimientos.

En un primer momento, la familia y la escuela tienen un papel muy importante, en este proceso porque son los pilares en donde al niño se le facilita o se le impide adquirir el surgimiento de sentimientos de confianza, de autoestima, de productividad, de cooperación, de autonomía; elementos que sirven para construir su personalidad. En la edad escolar el adulto, padre o maestro juegan un papel muy importante para que el niño siga fortaleciendo su autoestima y pueda afrontar las exigencias propias de la sociedad. En el salón de clases se debe favorecer la creación de amistades y relaciones entre los niños, deben procurarse espacios de encuentro y cooperación, de esta manera el niño puede evolucionar del egocentrismo en que se encuentra a la reciprocidad.

Durante la década de los 80's se considero que abusar del menor no sólo consistía en golpearlo físicamente, sino que abarcaba una amplia gama de hechos destructivos que lesionaban el bienestar físico, emocional, social y cognoscitivo del niño (Carvajal, Rodríguez y Cota, cit por Lored,1994); podría decirse que prácticamente todas las variantes de maltrato descansan sobre bases de alteración psicológica y que esto puede ser el engranaje que determina las alteraciones o no del desarrollo emocional, social y cognoscitivo del niño.

El concepto general que se tiene del maltrato psicológico es que se inicia en la lactancia y tiene un efecto espiral negativo en el desarrollo psicológico, emocional y social de estos niños, así los menores se presentan a la edad escolar con baja autoestima, depresión, antisociabilidad con agresión falta de aceptación, mal funcionamiento cognoscitivo y académico. Estos niños se proveen de barreras protectoras con incapacidad para tomar riesgos y ser dueños de sus acciones, contra un mundo impredecible y altamente peligroso, que origina alteraciones en su crecimiento y desarrollo normales, fracaso profesional y criminalidad (Lored,1994).

Actualmente se acepta que el maltrato físico y el abuso conducen al bajo rendimiento escolar por un pobre desarrollo neurológico en niños, con deficiencias significativas en la lectura y el comportamiento social, ya que estos niños son social y afectivamente apartados, además de poseer un mal concepto de ellos mismos y reducida autoestima; lo cual los conducirá a relaciones superficiales e inseguras y conductas inapropiadas (Lored, 1994).

Es conocido que los niños maltratados tanto en la modalidad física como en la privación emocional, pueden presentar retardo en su crecimiento y desarrollo (Smith y Hanson, 1974; Lored, Reynés y Martínez, 1986; cit. por Lored,1994),la cual se debe según Ramos Galván y colabores (1990) "...a la no disponibilidad, consumo o aprovechamiento de alimentos, lo cual origina desnutrición". Lo cual desde 1966 se nombró como síndrome de privación social, en el caso del niño maltratado, el cual comprende: a) susceptibilidad acentuada a todo tipo de agresiones (físicas, biológicas, económicas, afectivas o sociales); B) distorsión emocional, y c) bajo rendimiento intelectual no debido a la desnutrición en sí, sino

a los mismos factores socioculturales y afectivos que la determinan y acompañan (Loredo, 1994).

Powell y Brasel (1967) estudiaron la reserva hipofisiaria y suprarrenal de un grupo de 10 pacientes con privación afectiva, y hallaron que seis de ellos tenían disminución de la secreción de hormona de crecimiento y corticotropina; las cifras disminuidas de dicha hormona se corrigieron al desaparecer el maltrato y permanecieron normales en los cuatro sujetos restantes (cit. por Loredo, 1994).

Green y Campbell (1989) sugieren la existencia de un factor no identificado que afecta de alguna manera el crecimiento durante la fase de estrés emocional. Patton y colaboradores piensan también que los estados de depresión o apatía pueden afectar funciones en corteza cerebral, hipotálamo anterior o eminencia media y que por conexiones con la hipófisis, pueden modificar la liberación de hormona de crecimiento; con esto se sugiere que si se cambia favorablemente el ambiente familiar, se normalizan las alteraciones hormonales que se desarrollan en este tipo de pacientes (Loredo, 1994).

Cuando se estudia el comportamiento de los niños, ya sea médica, psicológica o pedagógicamente, es interesante observar los cambios que se suceden en sus funciones nerviosas a diferentes niveles de integración, los que se llevan a cabo de acuerdo con su edad cronológica. En relación con dichos cambios se usa tanto el término "maduración" como "desarrollo".

Para hablar de maduración, se debe entender que es conducta, pues sólo a través de ella se puede determinar esa maduración. Conducta, es todo movimiento que resulta de la interacción entre el sistema neuroendocrino y un estímulo que dio lugar a él (García y Olvera, 1986).

Poco a poco han surgido diversas explicaciones teóricas acerca del desarrollo infantil y aún cuando éstas sirven para guiar la investigación, ninguna contempla cabalmente todos los aspectos del desarrollo. Lo que hacen las teorías es aportar algunos conocimientos relacionados con las características físicas de los niños en sus diferentes edades, otras explican las formas en que éstos intervienen con su medio social y cultural y unos más tratan de comprender cómo el niño conoce y se apropia del mundo que le rodea. Pero aún cuando se les trate

de explicar de manera aislada, en los individuos se presentan de manera integral y están influidas entre sí.

Es por ello que el desarrollo del niño implica un proceso integral y armónico entre lo afectivo, lo cognoscitivo y lo psicomotriz, logrando un equilibrio, pero si en alguna de ellas se presenta una distorsión, entonces aparece una alteración en la relación del individuo con el medio ambiente en que se desenvuelve.

La medición del nivel de maduración de un niño presenta serias dificultades, ya que no es posible establecer un parámetro arbitrario y único para todos los niños. Existen diferencias culturales, diferencias de género y variaciones en las funciones de cada individuo que deben tomarse en cuenta. De ahí que un instrumento capaz de medir en forma objetiva el nivel de maduración deba considerar estos factores. En este sentido el test de la figura humana de Koppitz (1973) que se empleara en el presente estudio, reúne estos requerimientos. El dibujo puede considerarse como una actividad con pocas influencias culturales, aunque no del todo. Sin embargo, la estandarización de este instrumento garantiza que éstas posibles influencias sean tomadas en cuenta.

CAPÍTULO III

DEPRESIÓN INFANTIL

El ser humano como organismo biológico, pertenece a un grupo y como miembro de éste, desarrolla el curso de su vida en el mundo social compuesto de patrones y prácticas culturalmente prescritas, de igual manera vive en su mundo privado el cual ha desarrollado a partir de sus experiencias personales. Así pues, el hombre es un organismo que reacciona en forma abierta y fisiológicamente a los impactos del medio ambiente. La depresión representa entonces un apartamiento de la manera normal de experimentar ciertas emociones.

En el centro del vínculo depresivo está la aflicción moral, la culpa y la expiación. Este vínculo esta caracterizado por el hecho de que toda relación de objeto esta colocada en el campo de la culpa, en la preocupación de todo lo que piensa y en la manera que el otro va administrar el castigo (Pichot, 1980). El carácter depresivo es aquel cuya visión y concepción del mundo es triste. Toda su historia personal está construida en el vector de la tristeza y su vínculo y enfoque de los problemas es depresivo, siempre con el miedo a la pérdida de la relación de objeto, viviendo y vivenciando culpa y tratando de reparar.

Cualquier síndrome depresivo tiene capacidad suficiente para afectar la totalidad del comportamiento. Sin embargo el hecho depresivo no es unitario, sino más bien heterogéneo. Esta heterogeneidad es fundamentalmente subjetiva (clínica y culturalmente), porque cada individuo manifiesta el hecho depresivo en forma diversa, o porque los diversos factores socioculturales matizan el inicio, desarrollo, curso y respuesta al tratamiento de esos hechos depresivos (Polaino y Lorente, 1985).

La depresión puede ser normal en condiciones de peligro y abandono, pero puede volverse anormal cuando se da en circunstancias inadecuadas, cuando persisten durante un tiempo excesivo o cuando el niño es incapaz de realizar una adaptación apropiada a ella desde el punto de vista de desarrollo. La regresión es a menudo el mecanismo de elección de la depresión, con sentimientos de valor,

de desesperación y nulificación como la pérdida de la autoestima, la inversión de la afectividad.

Así mismo, en la mayor parte de los trastornos de la depresión, la sensación de sentirse importante se atribuye a las experiencias que vivió en el seno familiar durante la niñez, y que ésta se caracteriza por dos conjuntos complementarios de secuencias progresivas, por un lado existe el proceso de maduración del equipo biológico, psíquico y social, requerido antes de que el niño pueda hacerse independiente gradualmente, el niño se siente valorado y significativo, no así en el trastorno depresivo, ya que consciente o inconsciente el niño se percibe desvalorado y no significativo, se siente culpable, proyectando hacia los otros lo que está sintiendo. El niño que fracasa en "individualizarse" es propenso a reaccionar posteriormente mediante la depresión.

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

Las causas son múltiples y se presenta a cualquier edad. La depresión en niños es tema de controversia aún cuando hay pruebas de su existencia. Se han determinado poblaciones de riesgo que presentan el trastorno depresivo: en niños hospitalizados, niños víctimas de abuso o maltrato, descuidados o cuyos padres presentan alguna enfermedad, entre otros.

3.1 Clasificación de las depresiones

El diagnóstico de depresión infantil constituye un importante reto para cualquier psicólogo, por las dos siguientes razones:

En primer lugar porque la nosología respecto a la depresión en el adulto, actualmente vigente, no puede trasladarse sin ninguna matización al ámbito

infantil; más aún si se hiciera incluso incorporando muchas matizaciones se incurriría en una forzada extrapolación.

En segundo lugar porque la edad es una variable que no solo interviene sino modula y más aún configura el modo en que se manifiesta sintomatológicamente la depresión en el niño.

No se olvide que buena parte de los niños deprimidos ya han adquirido el lenguaje pero no en tal grado que pueda ser útil para enunciar con precisión lo que les sucede y que, aunque éste se haya adquirido, aún no suele estar suficientemente desarrollada su capacidad de introspección por lo que, en consecuencia no logran identificar ni hacerse responsable de lo que les pasa.

En la dimensión clínica, la depresión no ha sido delimitada en el ámbito conceptual, de ahí que existen diversas alternativas, para entender este término. Se puede considerar a la depresión como un síntoma, un síndrome o un desorden. Un síntoma como el humor disfórico, puede surgir como una respuesta al desajuste o a una pérdida importante, además que se puede manifestar sin que exista el síndrome o desorden. La depresión, como síndrome clínico, presenta cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, presentándose como algo delimitado (primario) o como una asociación a otras alternativas psicopatológicas (secundarias). Como desorden clínico la depresión, implica la existencia de un síndrome, causando cierto grado de incapacidad en el sujeto, manifestando además ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, correlacionándose en ocasiones con algunos datos biológicos y familiares.

La etapa actual en la historia de la depresión infantil abarca los últimos cuarenta años. Puede datarse su inicio en 1966. En este año coinciden diversos hechos, principalmente tres de ellos que son relevantes a la hora de explicar el interés creciente por las depresiones infantiles. Rie, publica en ese año un artículo, en el que hace una excelente revisión del tema. Rutter publica el que probablemente sea el primer trabajo científico sobre hijos de padres depresivos. En la etapa actual, lo que llama más la atención, es la rápida evolución de lo que se entiende por depresión infantil. En los últimos años ha pasado de ser ignorada

o puesta en cuestión por algunos (Kanner, 1957; Mahler, 1962), a ser aceptada como entidad sindrómica independiente (Kovacs y Beck, 1977, cit. por Cruz, Morales y Ramirez, 1996)

No obstante, se contaba desde hace mucho tiempo con descripciones de síntomas de tristeza, o de otras reacciones ocasionadas por el maltrato o pérdida de algún familiar en niños pre-púberes. Incluso puede afirmarse que el término "depresión" ha estado siempre de alguna manera presente en la literatura.

A pesar de ello no siempre quedó claro desde un punto de vista teórico el que se aceptase la existencia de un cuadro depresivo y mucho menos que se admitiera como entidad nosológica. Incluso hoy, en que existe un acuerdo mayoritario sobre las depresiones infantiles, concebidas como un síndrome por los estudiosos del tema, esta cuestión no está totalmente aceptada. Quizá por ello son muy numerosas, las publicaciones que tratan del concepto de depresión infantil: (Graham, 1974; Lefkovitz y Burton, 1978; Puig-Antich, 1978 y 1980; Nissen, 1983; Apter y Tyano, 1984; Brendt-Storm, 1985; García, Villamizar y Polaino, 1985; cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

El término de depresión como síntoma, nos explica que la inhibición psicomotriz es un síntoma universal de la depresión, empieza por tener dificultades para pensar, porque el pensar implica una relación con el objeto. Estos aspectos del niño constituyen su yo y la parte consciente del super yo, estas facetas de su personalidad se encuentran con variaciones. El yo es una parte funcional de la personalidad a la que se la confían importantes funciones y en la depresión se puede percibir de la siguiente forma:

Aspecto.- Su necesidad de conformismo o inconformismo ante su medio, mirada triste, postura decaída, delgado u obeso. Gestos invariables, lentos y estereotipados.

Humor o sentimientos.- Los afectos y emociones predominantes que se perciben en su estado de ánimo es triste, melancólico, desanimado temeroso. Puede haber dificultad en el niño de manejar y revelar sus emociones, así como apatía generalizada, falta de ilusiones, indiferencia, deseos de morir, imposibilidad de

sufrir sus propios sentimientos, descenso del umbral para sintonizar con los sentimientos tristes, hipersensibilidad y susceptibilidad.

Orientación y percepción.- La capacidad que tiene el niño para captar y comprender su realidad, al valorar su orientación, se puede valorar su capacidad intelectual de la realidad con el conocimiento que tiene del tiempo, lugar y persona, así como de su medio familiar, que es lo que está pasando. Su percepción se valora de la distinción que tiene el niño de los hechos de su fantasía. La orientación es el conocimiento que, tiene de los objetos, personas y sí mismo, sus relaciones en tiempo y espacio. En la depresión el niño se ensimisma, manifiesta falsas interpretaciones de lo que está pasando en realidad, presenta fluidez temporal lenta y penosa, se refugia en el pasado, hay obstrucción del futuro por amenazas, temores y fobias que lo hacen insoportables, exageración de las distancias, el espacio le ahoga, sometimiento del espacio, provocándole inseguridad y duda.

Mecanismos de defensa.- El manejo de sus emociones intensas y su impulsividad, la ansiedad la manifiesta con el uso de la negación, la evitación y la racionalización.

Integración neuromuscular.- El grado de actividad del niño en sus movimientos es con dificultad a veces en su motilidad y coordinación. La inhibición psicomotriz puede llegar hasta el estupor melancólico, dificultad para transformar las ideas en actividad y acatata (incapacidad para permanecer sentado).

Procesos de pensamiento.- Tipo de lenguaje y verbalización, hay falta de espontaneidad de su pensamiento, hay cosas que le preocupan al niño con relación al objeto perdido, falta de interés por hacer sus cosas habituales y hasta lo que más le gusta, incapacidad para organizar sus pensamientos. Los cuales se ven inhibidos, cuyo curso es lento, siendo su contenido monotemático hacia su propia enfermedad y presentando a demás sentimientos de culpa, ausencia de ideas, falta de ocurrencias y temeroso.

Fantasía.- Cuando la angustia aborda al niño, existe una escasez de fantasía, así como puede haber fantasías masoquistas con poca o nula relación con la

situación del niño. Los niños sienten haber perdido el objeto de amor; no expresan directamente su necesidad de afecto manifestando tener cosas materiales.

Super yo.- Su pensamiento fluye como debe portarse, en su concepto de lo que cree bueno, y malo, de lo correcto y de lo incorrecto.

Concepto de sí mismo.- Su concepto está ligado a sus identificaciones y los tipos de relación que ha establecido con otras personas, se siente débil, malo y feo en comparación con los otros, existen sentimientos de ambivalencia hacia él y sus padres pues siente que los ha defraudado.

La conceptualización de la depresión, tanto como síndrome, como reacción o como hecho comportamental, es el término de una configuración-resultado que, necesariamente, no puede explicarse sin la apelación de un marco cultural determinado. El hecho depresivo es la consecuencia de una descripción, interpretación, explicación muy permeable a la acción de determinados factores socioculturales y a la carencia de datos clínicos fiables, puesto que cada investigador emplea sus propios criterios para definir la depresión.

Al iniciarse el interés por el problema de la depresión en niños escolares (De los 6 a los 12 años), hubo controversias entre los diferentes investigadores en general respecto al criterio de clasificación que debería adoptarse y se resumiría en tres orientaciones diferentes:

1. La depresión en niños debería ser considerada como una entidad clínica independiente que requería criterios diagnósticos diferentes de los utilizados en adultos.
2. El cuadro depresivo infantil debería considerarse como similar al del adulto, con la única diferencia de que era necesario establecer niveles de desarrollo.
3. Debería reconocerse que hasta el presente no había elementos suficientes para aceptar a la depresión infantil como una entidad clínica reconocida.

Una de las primeras clasificaciones de las depresiones infantiles se remonta a 1857, estudiada por Doscuret en su tratado de medicina de las pasiones considerándola como nostalgia. Cytryn y Mc Knew en 1972 (Cit. por Calderón, 1987) clasifican la depresión infantil en tres categorías: depresión aguda, depresión crónica y, depresión enmascarada. Los dos primeros cuadros presentan

síntomas semejantes: mal rendimiento y adaptación en la escuela, alteraciones en los patrones del sueño y de alimentación, sentimientos de miedo y desesperación, retardo psicomotor y, en ocasiones, ideas o intentos suicidas. Con frecuencia pueden intercalarse períodos de agitación y de ansiedad. Para diferenciar el cuadro agudo del crónico, además del criterio de duración, se debe tomar en cuenta que en los cuadros agudos puede haber un trauma severo y reciente, básicamente relacionado a menudo con la pérdida de un ser querido, la separación de los padres, amputación de un miembro, cambio de domicilio, etc.

El cuadro de la depresión enmascarada no se presenta en forma reconocible, más bien aparece una gran variedad de alteraciones emocionales tales como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia. La depresión subyacente debe inferirse por la presencia de fantasías con fondo depresivo y manifestaciones periódicas de síntomas depresivos evidentes.

La depresión enmascarada era designada a niños procedentes de familias con graves alteraciones psicopatológicas, que presentaban alteraciones de personalidad, se caracterizan por: desorganización y severa psicopatología familiar sin que aparezcan antecedentes depresivos en los padres del niño, alteraciones de la personalidad infantil caracterizadas por conductas obsesivas, histéricas y compulsivas, manifestaciones constantes de ansiedad, fantasías referidas a la violencia, agresividad, explosiones de carácter y muerte, presencia de numerosos conflictos con su ambiente, comportamiento desadaptado y alteraciones psicósomáticas.

La depresión aguda infantil se caracteriza: por un desajuste premórbido, proporcionalidad entre los síntomas y la intensidad de los eventos traumáticos padecidos, como pérdida de la madre, que ordinariamente preceden a la aparición del episodio depresivo y explica su emergencia súbita, antecedentes familiares de comportamiento neurótico moderado en ausencia de alteraciones psicopatológicas importantes, fuerte cohesión familiar, inexistencia de antecedentes familiares depresivos e incapacidad de utilizar los mecanismos de defensa.

La depresión infantil crónica, muestra la presencia de sentimientos y conductas depresivas con inclusión de ideas suicidas desde edades muy tempranas, presencia de depresión crónica en la madre, aparición de conductas pasivas, dependientes y desválidas de larga exclusión, y ausencia de ansiedad aguda.

Según los criterios diagnósticos del DSM IV las categorías "depresión aguda y depresión crónica" han sido aceptadas, pues se consideran operacionalmente válidas y útiles en la investigación y en el trabajo clínico por la mayoría de investigadores. La depresión enmascarada, por su parte, se ha prestado más a discusiones, aunque un buen número de investigadores la considera útil por la frecuencia con que se presentan síntomas somáticos y agresivos en niños deprimidos.

Polanski y Hally (1975), de acuerdo a su criterio etiológico, distinguen las siguientes categorías:

- 1) Depresión asociada a enfermedades orgánicas.
- 2) Depresión por carencia afectiva.
- 3) Depresión por trastornos de la individualización.
- 4) Depresión en la infancia media.
- 5) Depresión en la adolescencia.

De acuerdo a estos autores, podríamos tener tantas depresiones infantiles como posibles tentativas lo que nos conduce a la inutilidad en la clasificación de las depresiones infantiles.

López (1978), presume de diferencias sintomatológicas según la edad como: capacidad limitada para percibir su propia depresión, presencia de ideación morbosa no necesariamente constante con el pensamiento suicida, baja autoestima, aislamiento y pobres relaciones sociales, disminución del rendimiento escolar, hipoactividad, fatiga y anhedonia respecto de los intereses y los juegos específicos para su edad

Hoy en día se suele considerar que los trastornos depresivos de niños y adultos son similares. En la novena Revisión de la Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (Cit. por Calderón, 1987) realizada en

Genova, España en 1986 se puso especial interés en el tema de la depresión, debido a su incremento actual. Se incluyó en dicha revisión la categoría que corresponde a "Trastornos específicos de la infancia y de la adolescencia", de esta clasificación se desprende que esta categoría es diferente de la depresión neurótica y de la reacción aguda al estrés con alteración predominante de las emociones, de la que debe diferenciarse por su mayor duración y por la falta de relación en el tiempo y contenido con una situación estresante.

Según Citryn y Mc Knew (Cit. por Calderón, 1987), cuya experiencia incluye varios cientos de trastornos afectivos en niños, la depresión psicótica es poco común en la infancia, los trastornos maníacos casi nunca se presentan antes de la adolescencia y el trastorno crónico de la personalidad de tipo depresivo es también excepcional antes de la adolescencia .

La depresión en los niños debe ser considerada ampliamente debido a que un año en el desarrollo del menor entre una edad y otra puede alterar radicalmente el significado de varias conductas evidenciadas por el niño por ejemplo, un niño de dos años que llora frecuentemente puede ostentar una conducta normal mientras que a los catorce años esta conducta puede representar un síntoma de depresión. Hasta hace poco este problema no había sido reconocido, ni totalmente explorado, en la psicopatología de la depresión infantil, obviamente se necesita un mejor delineamiento de las normas para clasificar e integrar diversos síntomas al diagnóstico de depresión (Polaino y Lorente, 1985).

3.2 Enfoque psicoanalítico de la depresión

A diferencia de los Modelos psiquiátricos de la depresión que predominaban a principios del siglo pasado, el psicoanálisis enfatizó en la posibilidad de que las neurosis, y entre ellas la melancolía (depresión) , no representaban simplemente una manifestación externa de una patología cerebral, sino un desorden cuyos síntomas partían de un origen psicológico, generalmente una experiencia

traumática, y adquirirían un significado que quedaba registrado en la memoria a un nivel inconsciente, debido a la acción de mecanismos de defensa como la negación o la represión del contenido doloroso, o de la pérdida acontecida.

A partir de la teoría general psicoanalítica de la neurosis, se puede mencionar que los primeros investigadores de éste modelo consideraban a la melancolía (depresión), como la manifestación de una regresión en un individuo predispuesto a una fase temprana del desarrollo libidinal (fase oral) durante la cual ciertas experiencias de abandono o de pérdida de figuras objetales, produjeron una profunda fijación debido a una sobrefrustración traumática, y una intensa sensación de odio, desamparo y tristeza, que tuvieron que ser negadas y reprimidas a manera de defensa por el entonces neonato (Hidalgo, 1998).

Se produce entonces en el niño una especie de predisposición psicológica para la vida adulta a reaccionar de "forma melancólica" ante nuevas situaciones de pérdida real o ficticia, o ante simples amenazas.

Los puntos de vista tradicionales definen a la depresión como un trastorno primario del odio mental con la consiguiente perturbación del pensamiento y la conducta, Freud S. y Beck determinan que es la consecuencia natural del modo en que éste concibe al mundo y el modo en que concibe a su propio futuro (Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

En 1912, Freud S. en su artículo "Duelo y Melancolía", se ocupa por primera vez del problema de la depresión: definiendo al duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción ideal. El duelo puede traer consigo desviaciones en la conducta normal, aunque pasando cierto tiempo lo supera. La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolorosa, una cancelación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo, que se exterioriza en autorreproches y autodenigrarse que puede llegar a una expectativa de castigo. Aunque el duelo muestra las mismas características, falta la perturbación del sentimiento de sí mismo (cit. por Hidalgo, 1998).

La pérdida por el mundo exterior impide escoger un nuevo objeto de amor. En el duelo, el objeto de amor ya no existe más y de él se emana ahora la exhortación de quitar todo libido de sus enlaces con ese objeto, pero prevalece el acatamiento, cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en la que la libido se anuda al objeto son clausuradas, sobreinvertidos y en ellos se consume el desarrollo de la libido, de hecho una vez cumplido el trabajo de duelo el yo se ve otra vez libre y desinhibido.

En la melancolía, la naturaleza de la pérdida es de origen ideal, el objeto no está tal vez muerto, pero se perdió como objeto de amor, en la melancolía sabe a quien perdió, pero no sabe que perdió de él.

En el duelo se encuentra la inhibición y falta de interés que se esclarece en el trabajo de duelo, lo que no es posible en la melancolía, además de los bajos sentimientos y empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al yo. El cuadro nosológico de la melancolía es el desagrado moral en el propio yo, así como quebranto físico, fealdad y debilidad, inferioridad social, rara vez son objeto de apreciación que el individuo hace a sí mismo. El duelo normal vence la pérdida del objeto y mientras persiste absorbe de igual modo todas las energías del yo. La suma de satisfacciones narcisistas permite el estar con vida, desatando su ligazón con el objeto aniquilado. Si el objeto no tiene para el yo importancia, no es apto para causarle un duelo o una melancolía (Hidalgo, 1998).

En la melancolía la relación con el objeto está complicada por la ambivalencia, inherente a todo vínculo de amor, de este yo nacen las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto, por eso la melancolía surge de una gama de ocasiones más que el duelo. En la melancolía se urde de una multitud de batallas parciales por el objeto; en ellas se enfrenta el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto y el otro por salvar del asalto a la posición libidinal. La ambivalencia constitucional pertenece en sí y para sí a lo reprimido, mientras que las vivencias traumáticas con el objeto pueden haber activado otro material reprimido, en las batallas de ambivalencia, todo se sustrae

de la consciencia hasta que sobreviene el desenlace característico de la melancolía.

En la consciencia del melancólico, el yo se menosprecia y se enfurece contra sí mismo; en el duelo mueve al yo al objeto declarándolo muerto y ofreciéndole como premio permanecer con vida.

De lo anterior se puede concluir que S. Freud, da importancia al hecho de que el dolor de luto se limita a la pérdida de un objeto externo; en contraste con la melancolía el yo está empobrecido debido a que ha experimentado una pérdida interna. El prototipo de depresión es la restricción de aportaciones narcisistas vitales como el amor, afecto y cuidado, lo patológico es la duración y el dominio excesivo del organismo por el afecto depresivo, más que su acontecimiento. La depresión se caracteriza por la disminución de la autoestima, la sensación de la impotencia, las inhibiciones de las funciones del yo en grados variables y el sentimiento subjetivo de tristeza o pérdida, de intensidad variable. Descrito como un estado afectivo básico en el cual el yo se siente incapaz de realizar sus tendencias o aspiraciones, aunque estas metas persisten como metas deseadas. Las personas con tendencias a la depresión con frecuencia muestran una pseudo independencia y una seguridad en sí mismos que es una reacción a una privación primitiva grave y una defensa contra la privación futura. En la depresión la agresión es dirigida hacia el interior aun objeto perdido e introyectado y amado de manera ambivalente.

Un importante elemento que caracteriza a la melancolía y que no se presenta en el duelo es, la presencia de una notable disminución del amor propio, un empobrecimiento del yo, acompañados por insomnios y anorexia, es decir, por una disminución de instinto vital, desinterés por el mundo exterior, inhibición de todas las funciones, y un estado de ánimo doloroso.

En estudios directos basados en la observación de niños confirman las ideas de Freud sobre los efectos de la pérdida del objeto maternal, distinguiendo las carencias maternas propiamente en el déficit cuantitativo. Spitz (1956), describió los efectos sobre niños pequeños de una prolongada carencia de

cuidados maternos durante el internamiento en instituciones, determinando la "depresión anaclítica" que hace referencia a la ausencia del personaje que cumpla de forma válida esta función ante el niño; éste se repliega sobre sí mismo en una especie de desesperación que lo lleva a la hospitalización caracterizado por un desinterés masivo capaz de conducirlo a la muerte. Este estado patológico esta ligado a la ausencia real de una madre, de ahí lo reversible, al menos en los primeros estadios. Spitz señala un segundo nivel organizador, cuando el niño ha sido capaz de instaurar una verdadera relación objetal con la madre, en tanto el niño la ha percibido como una persona completa. La depresión anaclítica, prototipo de reacción depresiva ligada a la pérdida del objeto externo, supone por tanto que se ha superado la relación inicial denominada de objetos parciales. Aunque se deben distinguir las carencias maternas de los traumatismos repetitivos de superación y otras discontinuidades traumáticas que pueden ser fuente de graves perturbaciones en la integración del rechazo (cit. por Hidalgo,1998).

El modelo psicoanalítico, considera a la depresión como resultado de un conflicto intrapsíquico entre el Superyo primitivo y el yo desválido. Aunque desde esta perspectiva se llegue a negar la existencia de la depresión infantil, pues los niños no tienen un yo bien desarrollado que de origen a este desorden. De acuerdo a este enfoque, para algunos autores es imposible que la depresión acontezca en la infancia, ya que depende de que el sujeto tenga suficientemente desarrolladas ciertas estructuras metapsicológicas. Algunos otros autores psicoanalíticos, sostienen que la depresión existe en la infancia, que puede surgir en cualquier edad, dependiendo de sus manifestaciones del desarrollo psicosexual y de determinadas habilidades cognitivas y perceptuales específicas de estos periodos evolutivos. Un niño enfermo puede tratar de buscar alivio en el medio o evadiéndose a través del sueño, o bien a través de un sentimiento de culpa o sea el significado que le da a su enfermedad aceptándolo como un castigo que sus actitudes previas han originado y que bien se merece. Cuando un niño enfermo se atiende impacientemente así mismo como un hipocondríaco, el hecho indica de

modo palpable su sentimiento de que su madre no se interesa lo suficiente por él y de encontrarse insatisfecho con la protección y atención que ésta le brinda.

3.3 Enfoque Cognitivo-Conductual

La depresión es consecuencia del aprendizaje social, del reforzamiento negativo y del castigo, los cuales conducen al fenómeno cognitivo de desesperanza aprendida, que se generaliza hacia los procesos yoicos del individuo (sensación, percepción, memoria, cognición, abstracción, pensamiento lógico, etc.), y produce una falla en el control de las recompensas ambientales, malas decisiones y relaciones interpersonales disfuncionales (Hidalgo,1998).

Síntomas identificados: Desesperanza aprendida, auto percepción negativa, y una percepción negativa respecto del medio interpersonal y del futuro mismo. Un esquema yoico negativo que exagera las experiencias negativas y rechaza las positivas. Se presenta la tríada de expectativas negativas respecto del sí mismo, de los demás y del futuro.

Método terapéutico

- 1) Se identifican las contingencias que dieron origen a la depresión a partir de la comprensión *del esquema: activador, ambiente-persona, consecuencias o síntomas.
- 2) Se brinda información sobre el tema.
- 3) Se realiza un auto exámen destinado a descubrir los conceptos erróneos sobre el sí mismo, el ambiente y el futuro.
- 4) Se desensibilizan, explican, interpretan y se confrontan las experiencias falsas.
- 5) Se plantean alternativas de cognición y comportamiento, a través del modelado con el terapeuta, la dramatización y la auto demostración.
- 6) El terapeuta realiza el modelado de conductas y verifica que el paciente las lleve a cabo a través de registros.

Esta intervención es informativa y reeducativa principalmente a niveles primario, secundario y terciario, aplicada tanto a depresiones neuróticas como endógenas.

3.4 Enfoque Interpersonal-Existencial de la depresión

A diferencia del "Modelo Psicodinámico", que predominó en las investigaciones sobre la depresión prácticamente la primera mitad del siglo XX, el "Modelo Interpersonal-Existencial" (que aproximadamente se origina a mediados de ese siglo), no parte de la concepción de que factores intrapsíquicos o dinámicos (conflictos entre el yo y sus ideales, mecanismos de defensa implícitos como la negación, represión etc.), sean la base de la depresión. Para comprender a la depresión partieron de sus observaciones clínicas, investigaciones empíricas y estadísticas, basadas en un análisis minucioso de cómo diversos factores sociales, culturales, comunitarios e interpersonales en general, influyen en la etiología, formación y deterioro de los síntomas depresivos. Los investigadores del modelo Interpersonal-Existencial consideran a la depresión como el resultado de inadecuadas adaptaciones y repetidas experiencias negativas provenientes del medio social del individuo. Podemos mencionar entonces que éste modelo también podría ser denominado como parte del modelo "social" (Hidalgo,1998).

Los autores del modelo Interpersonal-Existencial consideran que el ser humano no se encuentra previamente programado por sus instintos (como los psicoanalistas), sino que al margen de su temperamento y pulsiones, el niño es un ser humano que se estructura íntegramente como resultado de factores culturales y experiencias interpersonales (la aceptación y aprobación que recibe a través de su experiencia interpersonal) y su estructura caracterológica vendrá influenciada por la cualidad de interacción habida con los adultos significativos capaces de brindarle seguridad. Aunque no está movido básicamente por los instintos, posee de forma innata una gran cantidad de energía, mucha necesidad de exploración corporal, un potencial inherente de desarrollo y un deseo de capturar en forma exclusiva los deseos de los adultos que ama.

Sin embargo estos atributos no siempre están de acuerdo con las experiencias de los adultos significativos de su entorno, y el conflicto primordial se establece así entre la inclinación natural del niño a desarrollarse, y su necesidad de obtener seguridad y aprobación. Si tiene la mala suerte de que los padres

estén inmersos en sus propias luchas neuróticas, que sean incapaces de proporcionarle seguridad al mismo tiempo o de estimularle su propio desarrollo autónomo, sufrirá como consecuencia graves conflictos como la depresión.

El modelo Interpersonal-Existencial pone además especial énfasis en un tipo diferente de conflicto básico en la depresión: para ellos la depresión no constituye una lucha con las tendencias instintivas reprimidas, ni contra los adultos significativos tras la interiorización de sus figuras, sino de un enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos e interpersonales de la existencia (preocupaciones esenciales).

El "Modelo Interpersonal-Existencial" es integrado por los trabajos de varios investigadores (Meyers, Hopkins, Sullivan, Fromm, Frankl, Perls, Horney, entre otros), y parten de la premisa básica que considera que el individuo siempre debe de ser considerado como parte del "sistema interpersonal-existencial" en el que está participando, ya que de lo contrario, lo consideraríamos como un ser gregario y aislado del mundo y los objetos, y con una vida carente de sentido en donde lo importante es lograr la gratificación de las necesidades libidinales, como postura el modelo psicoanalítico (cit. por Hidalgo, 1998).

Consideran que en base a los sistemas interpersonales como la familia o la comunidad, la persona elabora un "rol personal", a partir del cual construye una determinada noción de la realidad, y elabora determinados supuestos básicos de la existencia. Sin embargo, si la familia o la comunidad influyen para que la persona construya disfuncionalmente dichas nociones e interrelaciones, en consecuencia es probable que el individuo realice varias "creencias disfuncionales" acerca de la realidad, de sí mismo, y de los demás (los otros), y experimente serias dificultades frente a los conflictos básicos de la existencia (la muerte, la libertad, el aislamiento y el significado vital). Dichas creencias disfuncionales inciden pues en una profunda y generalizada alteración del "proceso fenomenológico" del individuo, incurriendo entonces en la depresión.

3.5 Enfoque sociológico de la depresión

El estudio sistemático de la conducta colectiva del hombre, el desarrollo, la estructura e interacción de grupos de seres humanos, se desarrolla en este modelo. Esta perspectiva no enfatiza al individuo, muestra menos interés por las características personales, que por las fuerzas sociales.

El modelo sociológico interpreta a la depresión como una reacción a las exigencias sociales y como, la sintomatología que produce tiene efecto en los demás, utilizando este efecto para satisfacer objetivos anormales.

De acuerdo a este enfoque la depresión surge como resultado de la búsqueda de la superioridad, pero como no siempre se pueden realizar todas las aspiraciones, el individuo empieza a racionalizar o a excusarse con el fin de adaptarse. Este enfoque plantea a la depresión como un interjuego sociocultural y no como un fenómeno aislado. Katz (1981), desarrolla la teoría de la conducta desviada como la depresión aunque no da importancia a la génesis de su acontecer. Esta posición en forma extrema afirma que la enfermedad depresiva es una respuesta al medio ambiente, varía de acuerdo a la época histórica y a las circunstancias. La enfermedad se ventila dentro de los confines de la disciplina, la etiología debe ser establecida y será de índole multidisciplinaria, aislando los factores que intervienen en la enfermedad y considerando al ser humano un ente biopsicosocial, definiendo a la enfermedad como anomia, que es la falta de equilibrio en el sistema social, ya que en el ambiente también pueden carecer normas y existe una falta de sentido en lo que hacen los sujetos. Plantea que la conducta desviada se puede dar de tres formas:

1. Como resultado de algún defecto o deficiencia biológica de origen genético.
2. Ciertos tipos de personalidad fraguados mediante experiencias de condicionamiento y aprendizaje, que exhiben una conducta inapropiada a las situaciones y son forzados a reconocer el ambiente social, por el impacto que ejercen sobre ellos distintos tipos de relaciones interpersonales y pautas culturales.

3. Conducta desviada como desviada e inaceptable por los otros significativos que rodean a la persona, este desorden se vincula con los valores y preferencias sociales activos dentro de un determinado sistema cultural.

Cohen en 1949 (cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996), trabajó con pacientes maniaco-depresivos, donde tomó en cuenta la atmósfera familiar en la que crecían, el efecto que estos individuos tenían sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva.

Su familia tenía como antecedentes el no ser aceptada por el vecindario y con el fin de ganar aceptación los hijos deberían observar pautas de "buena conducta" y buscar el éxito para contrarrestar la supuesta inferioridad familiar. La madre se caracterizaba por ser una figura fuerte que exigía obediencia y cualidades sobresalientes a los hijos. El padre por el contrario era un individuo económica y socialmente fracasado, que sufría por las críticas de su mujer. Así también, existía un patrón constante en que la madre disfrutaba que su hijo se sintiera desválido, le molestaba cuando su hijo mostraba actitudes de independencia e individuación. La mayoría de estos pacientes eran sujetos compulsivos, diligentes y trabajadores, deseosos de complacer a los demás para satisfacer sus necesidades de dependencia, satisfaciendo así sus necesidades internas. De estas experiencias, Cohen define a la depresión como la manifestación externa del intento de recuperar a la figura parental reaccionando de la misma forma con los demás.

Sullivan (1992), define a la perturbación emocional como un papel asignado a ciertos individuos con un sin número de razones. Considera al ser humano en función de sus capacidades interpersonales, la angustia surge cuando en el interior del individuo amenaza perturbar sus relaciones interpersonales, estos impulsos son originados por las exigencias culturales. La aprobación del adulto en el niño provoca estados eufóricos, mientras que las reprobaciones dan sensación de incomodidad y angustia en el niño. Desde sus primeros años el niño hace esfuerzos por eludir la angustia, ésta interviene activamente en la formación de la personalidad, es decir, el carácter se desarrolla como resultado de la influencia de los padres sobre el niño. Sullivan considera mentalmente enferma a la persona, en

la proporción en que sus limitaciones le impiden la satisfacción y seguridad biológicamente necesarias y la seguridad influenciada por la cultura. El componente esencial de la relación interpersonal es el acto de la comunicación entre los sujetos, esta debe estar basada en la validación consensual, es decir, en la confirmación o negación de los demás, lo que va moldeando al yo. La adaptación interpersonal la considera como un proceso que implica la realización de necesidades complementarias, la seguridad emocional es dependiente de tales relaciones. Las relaciones sociales que no son mutuamente satisfechas no son mantenidas generalmente, pero, si éstas persisten son perjudiciales ya que las necesidades de los individuos son insatisfechas. Cree que el vincular el desencadenamiento de la depresión con una causa reconocible es una manera de racionalizar el propio padecimiento y de integrar la experiencia con la propia personalidad sin deterioro del prestigio ni incertidumbre acerca del futuro social y personal. Sullivan descarta la premisa de que las depresiones son respuestas a circunstancias existenciales, dando una importancia a la aprobación y reprobación social en la génesis de la angustia, que lo lleva a la depresión.

Adler (1966), considera a los depresivos como individuos que tratan de respaldarse en los otros y no desdeñan el recurso de exagerar sus debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás. Al exagerar los depresivos sus experiencias, utilizan la culpa en los otros o las circunstancias por lo cual no logra sus metas. El depresivo se esfuerza constantemente por afirmar su enfermedad, para hacer prevalecer su voluntad sobre los demás, para obligar a que se sacrifiquen por él, así como a veces frustrar la ayuda con el fin de culpar a los otros (cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996)

Glaser (1967), compara aun grupo de esquizofrénicos con un grupo de maniaco-depresivos, observando que éstos últimos se preocupaban por ser socialmente aceptados y como provenían de hogares donde existía la competencia, la envidia y mayor precisión para obtener prestigio y triunfo, presentaban mayor tendencia a la depresión por no satisfacer sus ideales.

Teer (1970), plantea que la enfermedad mental, se da cuando el individuo es incapaz de desempeñar papeles requeridos en las relaciones interpersonales.

La actuación fallida impide una comunicación eficaz, aislando al individuo de la sociedad, espera que la conducta del individuo se conforme a la identidad desviada. Los factores sociales como la influencia, el poder, los valores, determinan quien asume un papel desviado. Tanto Teer como López (1982), determinan que los papeles desviados son asignados a aquellos que infringen las reglas de la sociedad.

Gill (1971), plantea que el mundo depresivo está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y la necesidad de complacer a personas significativas, buscando la seguridad y evitando situaciones que les pudiera provocar culpa. La exagerada rectitud del individuo provocaba muchas veces que se impusieran demandas imposibles de cumplir, con el fin de evitar sentimientos de culpa.

Avilés (1989), considera a la depresión como un modo de interacción, ya que la depresión exige una respuesta por parte de los demás, pero el sujeto no da nada a cambio, privándose él mismo de la vivencia del afecto, limitándose a que los demás hagan lo que él desea, con esta actitud el individuo no asume una responsabilidad. Cuando las necesidades de los niños son ignoradas, el niño crece defraudado, creyendo más adelante que los demás le deben dar lo que no tuvo antes.

La conducta normal y la adaptación consisten en acciones socialmente aprobadas, por lo que la conducta anormal e inadaptada se constituyen en sinónimos de acciones que no son socialmente aceptadas. Sin embargo, aquello que es aprobado, por una cultura, por una sociedad, por una clase social o por un grupo puede ser considerado anormal en otro contexto social.

La evaluación de la conducta de un individuo como anormal o normal depende de las normas de la cultura a la que pertenece. Se espera que un individuo se adapte a las expectativas del grupo si desea ser aceptado. Cada persona debe adaptarse a las exigencias de diversos grupos e intentar resolver el conflicto entre las pautas de conductas divergentes de su propio sistema de valores de acuerdo a su conciencia moral. El grado de conciencia de las expectativas de los distintos grupos a que pertenece un individuo facilita el logro a los sentimientos de bienestar y seguridad.

El empleo de normas ofrece una solución al problema de las definiciones. Las normas deben diferenciarse de las conductas que se evalúan, la evaluación científica se logra mediante la comparación de la conducta observada y de los criterios establecidos, esto constituye una clasificación. Para Belsky (1980), existen cinco criterios para diagnosticar la normalidad o adaptación.

Criterio sociocultural.- Las convicciones, los usos, las costumbres y las leyes que contribuyen a la instauración de estas normas. Aunque la norma de conducta no puede estar claramente establecida, los individuos asimilan los requisitos para lograr aceptación y prestigio en la cultura en que viven. Los procesos de aprendizaje de la identificación, la imitación o la disciplina y el control, buscan imponer conductas habituales en respuesta a experiencias pasadas, los individuos saben que es lo normal y lo adecuado en su propio grupo social y en su cultura. Este conocimiento se vuelve automático, pues no necesitan pensar acerca de sus reacciones.

Criterio legal.- Es una pauta de normalidad mas restringida de acuerdo con la ley que decide si una persona es sana o no. La pena que corresponde al crimen cometido por una persona en estado de insania temporaria o permanente, será el encarcelamiento o la hospitalización, no la muerte.

Criterio estadístico.- Define a la conducta normal como todo lo que todos hacen, este criterio se vincula con el criterio sociocultural. Algunos aspectos de la conducta humana se presentan en la forma de distribución normal, es decir que para el grueso de la población, la amplitud o dispersión de la característica concreta es relativamente limitada. La unidad de medida que es utilizada para describir la dispersión de los individuos por encima o por debajo de la media es la desviación estándar, que se expresa como la distancia constante con respecto tres de estas unidades, por encima y por debajo de la media, cubren de un modo aproximado la distribución normal. Las desviaciones de dos o más unidades estándar de la media se consideran extremas o anormales, puesto que son pocos los individuos que obtienen tales puntajes.

La estadística describe los hechos tal como son y no hace referencia a lo que podría o debería ser, ni a lo que está bien o mal. El criterio estadístico nunca

puede ir más allá del nivel informativo, el hecho de que cierta conducta, enfermedad, etc., sea común no significa que deja de ser lo que es, un estudio acerca de cualquier aspecto de la conducta humana puede definir lo que es normal en términos estadísticos, aunque a partir de este criterio no se pueden realizar inferencias morales o éticas. Así la normalidad nos describe la regularidad con que se presenta un fenómeno en la población de niños mexicanos.

Criterio ideal.- Es valorativo, presupone un patrón absoluto que transcurre al relativismo geográfico y temporal. Los preconceptos morales y éticos son elementos integrantes del criterio ideal. Belsky (1980), define a la personalidad ideal como aquella que se caracteriza por la confianza y el conocimiento de sus propias limitaciones y además espontánea, receptiva, comprensiva y flexible en el trato con los demás.

Criterio clínico.- La salud mental exige la integración óptima del individuo a su sociedad, por lo que considera a la adaptación y la salud mental lo opuesto a la perturbación mental. La salud mental, la normalidad y la adaptación definen lo que un individuo concreto puede llegar a ser, en función de su capacidad potencial de sus recursos, de su desarrollo y del logro de su autonomía. La psicopatología se define en función de las categorías de diagnóstico.

La perspectiva sociológica fracasa al no poder discriminar los desórdenes emocionales, clasificando a las conductas como desviadas, tampoco hay una aclaración de las actitudes individuales, los rasgos, los impulsos, las necesidades y las emociones que determinan a la conducta. Este enfoque considera que la perturbación emocional no se da en el niño y que las conductas perturbadas son las que se apartan de las normas establecidas determinando a los individuos como seres pasivos.

Los enfoques que se abordaron, no son propiamente modelos acabados, satisfactorios y completos, puesto que ninguno explica a fondo cada uno de los problemas implicados en la depresión.

En el fondo como señala López (1978), el niño encuentra más dificultades que el adulto para expresar verbalmente sus sentimientos. Esta dificultad en la comunicación afectiva justifica el predominio en los trastornos depresivos a través

de canales no verbales de comunicación tales como trastornos conductuales y trastornos físicos. A diferencia de las psicosis afectivas del adulto, la mayoría de los niños que presentan un estado depresivo no son referidos al psiquiatra a causa de un estado de ánimo básicamente deprimido, sino que son enviados al especialista en paidopsiquiatría por lo cual quiere de los tres principales motivos:

1. Disminución del rendimiento escolar en relación con los objetivos de aprendizaje que reflejan un aprovechamiento por debajo de la capacidad intelectual del niño.
2. Trastornos del comportamiento que se refieren a conductas problemáticas como rebeldía, inatención, apatía, enojo, etc.
3. Alteraciones psicósomáticas que se refieren a trastornos físicos como falta de apetito, ecopresis, enuresis, cólicos, alteraciones del sueño, etc.

En general, el niño depresivo de 6 a 12 años, a diferencia del adolescente y del adulto, no habla espontáneamente de sus síntomas. En los casos más típicos el niño muestra un semblante triste o inexpresivo, solloza por motivos banales, habla con una voz monótona y apenas vibra con el contorno. El descenso en el rendimiento escolar resulta de la dificultad en mantener la atención y de la lentitud en el pensamiento y la rememoración. La inhibición en la esfera de la actividad se traduce por la inercia, la pasividad, la tendencia al aislamiento y el rechazo a participar en juegos colectivos.

La sintomatología depresiva en el niño no ofrece ninguna de las manifestaciones típicas del adulto, como sentimientos de culpabilidad o ideas de ruina, tratándose generalmente de formas depresivas no interiorizadas ya que la inmadurez de las instancias psíquicas del niño impiden el conflicto interior entre la conciencia y el yo. En cambio, a medida que el niño avanza en su desarrollo, se constata un aumento de los síntomas psíquicos propios del adulto y una disminución de las características psicósomáticas de la depresión infantil.

Según Billings y Moss (cit. por Calderón, 1987) otros de los factores importantes de riesgo de depresión, es un ambiente negativo, el cual se ha llegado a encontrar en familias de padres depresivos, en donde las tensiones familiares

están directamente relacionadas con la salud de los niños, ya que ésta se hace vulnerable a la psicopatología reinante.

Según Calderón (1987) entre los síntomas que se han considerado como depresivos puede señalarse: fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitud taciturna, torturada o molesta y, no pocas veces, quejas hipocondríacas como dolores abdominales, cefaleas y dolor de garganta.

Fenómenos tan comunes como cansancio y mal rendimiento en la escuela, llanto, ansiedad, tendencia a la pendencia, irritabilidad y cambios episódicos de la personalidad que no pueden atribuirse a factores situacionales, psicológicos o psicopatológicos, son más frecuentes que los trastornos depresivos del humor, y además pueden manifestarse por medio de equivalentes psíquicos como caprichos, descontento y falta de energía. Casos de este tipo se presentan en un 10 o 15 por ciento de los pacientes de los psiquiatras infantiles y es este porcentaje el que podría corresponder a lo que hemos considerado como depresión en el adulto y que, por tanto, es susceptible de ser tratada con antidepresivos.

El doctor López Ibor (Cit. por Calderón, 1987) dijo que estaba sorprendido del incremento de la prevalencia de la depresión en niños y adolescentes durante los últimos años. Algunos casos por él observados se manifestaron como miedo patológico a la escuela, trastornos del sueño y pesadillas.

La pérdida de contacto con otros niños de su misma edad, debería ser considerada como otra manifestación indudable de depresión. En su opinión, el que la depresión infantil sea poco reconocida, se debe a que los niños no tienen la posibilidad de expresar verbalmente su estado de ánimo, situación que si para el adulto es difícil, para el niño resulta imposible ya que éste no tiene la menor idea de lo que es la depresión.

Según Avilés (1989), todavía hasta la década de los 60's aun había absoluta indiferencia respecto a la depresión infantil, capítulo importante de la psiquiatría; la mayoría de los textos la ignoraban y cuando ocasionalmente se

referían a ella, siempre era en relación con fenómenos afectivos que se presentaban en niños que habían sufrido pérdidas de importancia.

3.6 La depresión infantil como aspecto de desarrollo

Esta concepción sostiene que la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil, pero su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto. Si los síntomas clínicos de la depresión son típicos de la infancia y remiten con la edad, no deberían ser considerados como un síndrome clínico distinto o diferente, y por tanto deberían ser tratados de igual manera. Aunque los resultados, de algunos trabajos muestran con claridad que el diagnóstico clínico de depresión infantil es ciertamente inseguro dada la alta prevalencia de la sintomatología depresiva entre la población considerada normal. Raskin en 1977 (cit. por Avíles,1989), caracteriza a la depresión en etapas evolutivas:

- a) Edad preescolar: agitación, timidez, rehusar a jugar, crisis de llantos y gritos, insomnio, hiperactividad y falta de apetito.
- b) Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, resistencia a socializar, dificultades de aprendizaje y timidez, neurosis, ecopresis, terrores nocturnos, crisis de llantos y gritos.
- c) Adolescencia y preadolescencia: rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de inferioridad y opresión.

Aunque estos datos no garantizan el rigor científico del diagnóstico de la depresión infantil, si esbozan criterios para aproximación del diagnóstico.

3.7 La depresión como desorden clínico

Este enfoque sostiene que la depresión y que los aspectos esenciales del desorden son similares en niños, adolescentes y adultos. De Mause (1975), indicó que el hecho de que la depresión, como síndrome clínico, pueda ser diagnosticado

en niños, adolescentes y adultos, no significa en absoluto que las manifestaciones de este cuadro tengan que ser idénticas. Ellos reconocen que hay síntomas específicos propios de cada nivel de desarrollo, dado que los niños, adolescentes y adultos están en distintos niveles biológicos, sociales y psicológicos, y por tanto se presentan diferencias respecto de estos grupos. La depresión infantil constituye una entidad clínica problemática y no bien definida, ya que aun que ha existido siempre, si se diagnóstica nos llevaría a confundir más el significado de esta entidad clínica.

La vulnerabilidad del niño hace que ciertos factores intrínsecos tengan una función depresógena sobre el comportamiento infantil, que favorece la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño. En la observación clínica, se encuentra la existencia de formas de proceso de la psicosis maniaco-depresiva. Se observa en el niño, con cierta frecuencia, la existencia de trastornos graves del humor, lo que impulsa a poner el concepto de " psicosis afectivas en la infancia ". El porvenir de estos trastornos tímicos en la infancia, en la observación longitudinal no parece avocarlos a la instauración de la psicosis maniaco-depresiva en la adolescencia o en la edad adulta. El mayor riesgo pronóstico es la entrada a la "psicosis disociativa" y en particular a la esquizofrenia de la adolescencia.

Estados depresivos francos se observan en niños de 8-11 años. La inhibición ocupa el primer plano del cuadro clínico; inhibición gestual, mímica, verbal y mental bastante constante a lo largo del examen de estos niños. La presencia de impotencia, desánimo profundo y a menudo la negativa de asistir a la escuela, suele hablar de mala voluntad, pereza y son considerados como indisciplinados y provocadores. Además el sufrimiento moral en estos niños es muy perceptible, encuentran una especie de alivio en la auto acusación y la auto depreciación. Los padres de estos niños aparecen como esquemáticos y rígidos, y manifiestan un potencial agresivo controlado de forma muy especial, su papel hacia el niño es esencialmente sancionador, y carece de acercamiento emocional.

Los estudios catamnésicos en el adulto maniaco-depresivo parecen perfilarse hacia dos características en su infancia (Polaino,1985):

- a) Ausencia de autonomía, vulnerabilidad narcisista a las decepciones y censuras, lo que resulta un comportamiento conformista y tímido.
- b) Poca capacidad imaginativa que los lleva a encerrarse en lo actuado.

En estudios directos basados en la observación de niños confirman las ideas de Freud sobre los efectos de la pérdida del objeto maternal, distinguiendo las carencias maternas propiamente en el déficit cuantitativo.

Este enfoque conceptual también, postula que la depresión puede ocurrir en la infancia, diferenciándose de las características clínicas de los adultos, ocurren depresiones subyacentes "depresiones enmascaradas", cuyo diagnóstico puede inferirse desde otros síndromes o alteraciones psicopatológicas, aunque la edad diferencia la sintomatología.

Glaser (1967), sostiene que la depresión está enmascarada por una serie de síntomas que tienen muy poco en común, con las características clínicas de la depresión. La sintomatología de la depresión enmascarada es: 1) problemas conductuales, 2) relaciones psicósomáticas y 3) relaciones psicofisiológicas.

Cytryn y Mcknew en 1974, (cit. por Calderón, 1987) afirman que existe una "reacción depresiva enmascarada " y sus vías de análisis sintomatológicas son: conducta y humor; contenido del sueño y sus fantasías y expresión verbal.

Belsky (1980), considera que las conductas más comunes para enmascarar la depresión son: agresividad y hostilidad en la conducta verbal, desobediencia, fugas de casa y ausentismo escolar.

López (1982), dice que las depresiones infantiles se enmascaran con trastornos somáticos, trastornos psíquicos y alteraciones conductuales.

De acuerdo con estos autores la depresión infantil se ve en una forma sumergida, manifestando otros síntomas que no son de la sintomatología depresiva como la hiperactividad, desobediencia, delincuencia, fobias, quejas somáticas, irritabilidad, bajo rendimiento escolar, etc.

La idea de que la depresión en la infancia aparece enmascarada sugiere que la depresión puede manifestarse en esta fase de la vida, además que ésta se presenta de forma un tanto diferente a como suele manifestarse en los adultos.

El niño deprimido produce una impresión de cansancio, mirada triste, una mímica inexpresiva y hosca. Cualquier esfuerzo tanto físico como intelectual, les resulta difícil, su rendimiento es bajo, son considerados perezosos, pues no prestan ningún esfuerzo, manifiestan escasez de energía muscular y corporal. Su inducción es lenta, el pensamiento impreciso e imaginación pobre. Las inquietudes son insignificantes, sus producciones imaginativas son tristes, así como sus dibujos.

El niño deprimido se autodesprecia, su inferioridad es real, acrecienta sus sentimientos de inferioridad inherentes a su constitución, prefiere aislarse, y a veces se la pasa llorando.

Desde el punto de vista físico, lo que domina en la depresión es la fatiga y la lentitud; desde el punto de vista psíquico, la falta de interés por lo que sucede en su entorno.

La depresión puede ser crónica, apareciendo como un "estado depresivo", también pueden existir tendencias depresivas que, a consecuencia de una agresión física sufrida por el organismo, o de un trauma psíquico, pueden agravarse, convirtiéndose en un episodio de depresión racional.

La depresión se encuentra tanto en sujetos bien dotados intelectualmente así como entre los no dotados intelectualmente. Aunque su manifestación es menos rica entre los débiles intelectuales.

En el caso de la depresión profunda surge la idea del suicidio, en los casos más leves, se deja el campo libre a la expresión de otras tendencias caracterizales de ansiedad, impulsividad, paranoicas, a mecanismos de compensación, o a reacciones de agresividad. El auténtico deprimido puede fugarse; la fuga constituye una especie de pequeño suicidio, una evasión, quiere huir de lo que le abrumba, romper en con lo que le fastidia, no ser una carga para los suyos, aunque la fuga puede germinar la idea de suicidio, en estos casos la depresión se ha acentuado por sí misma. El diagnóstico diferencial de la depresión puede formularse sobre un cierto número de trastornos caracterizables (Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

En el psicasténico hay fatiga física y psíquica debido a la falta de energía moral para rebelarse, además de que se encuentran las tendencias obsesivas, la necesidad de comprobación, los escrúpulos y fobias diversas.

El esquizoide se aísla, sus características son la inactividad, ensueños autísticos, desdeñar el ambiente para vivir independientes de los demás, mostrándose indiferente a lo que no sea su ensoñación interna.

En ciertos casos, el deprimido se comporta como un inestable psíquico que no fija su atención en nada, pero se trata de una falsa inestabilidad por falta de interés verdadero. Con lo que respecta a la intensidad de la depresión patológica puede ser suave, moderada o grave. Existe toda una gama de variación de la intensidad de los diversos síntomas e inhibiciones, y una variación semejante en el grado de, deterioro con la realidad, por lo que la depresión debe considerarse como psicosis en su forma más grave (Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

El estado de depresión en los adultos recibe varios nombres ya sea: depresión reactiva, si es influjo de un infortunio; depresión post-parto, si tiene lugar después del alumbramiento; si el individuo es preso de un estado de agitación, depresión agitada; si la depresión se alterna con estados maniáticos se habla de enfermedad maniaco-depresiva; si es suave la depresión, la llamamos melancolía. Sin embargo, el estado de depresión es básicamente el mismo en todas las variantes. El sujeto deprimido está obsesionado por la autocrítica, tanto implícita como explícita. Se desprecia y se degrada a sí mismo, se niega a veces a adoptar métodos normales de protección y descuidar los procedimientos higiénicos normales. El paciente deprimido expresa sentimientos de culpa casi constantemente, esta culpa debe considerarse producto de un delirio, porque las acusaciones son poco realistas. A veces, la fantasía se combina con este sentimiento desagradable, y el paciente atribuye entonces su angustia que vive dentro de él. Los deprimidos encuentran imposible concentrarse, atender o interesarse por nada, se quejan de que no pueden pensar, ni recordar, ni emprender actividad alguna.

CAPÍTULO IV

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

De acuerdo a Calderón (1987) si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión, también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico que, de acuerdo con el criterio sustentado en esa publicación, divide a los cuadros depresivos en tres tipos: psicóticos, neuróticos y simples.

Aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos se dividen las causas de la depresión en genéticas, psicológicas y sociales.

Las causas genéticas están asociadas con las depresiones psicóticas; las psicológicas, con depresiones neuróticas, y las sociales con depresiones simples.

4.1 Causas genéticas

Como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores ha presentado pruebas en favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco-depresiva. Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

4.2 Causas psicológicas

Calderón (1987) notifica que las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el

modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales.

Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

Causas determinantes: Existe la creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez y de que, para entender la neurosis de un paciente, se debe relacionar los síntomas del enfermo con algunas situaciones problemáticas que no fueron resueltas durante la infancia de acuerdo con lo dicho por Sigmund Freud.

En 1961 Noyes (Cit. por Calderón, 1987) afirma que es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y onicofagia, entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos o de rasgos caracterológicos neuróticos; sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales y sexuales. Además se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada. En muchos casos se encontrará que una adaptación adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas.

Causas desencadenantes: Entre las causas inmediatas de las neurosis con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y

dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente produciéndole angustia, que es la fuente más común e importante de los trastornos psiconeuróticos. Esta angustia, engendrada por un super yo demasiado severo y exigente, al ser estimulado por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

Pérdida del objeto: En la depresión neurótica el elemento "pérdida de objeto" es de importancia capital; la pérdida puede ser reciente y real, puede haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente y amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante o un poder sexual declinante. Lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto a ellos. Una de las metas de la psicoterapia es investigar lo que el paciente ha perdido, y cuando ha quedado claro el motivo de la tristeza del paciente, lograr su adaptación a esta situación. Para ello es necesario revisar todas las experiencias significativas del enfermo que se relacionen con el objeto perdido, ubicándolas en un mundo en el cual el objeto ha desaparecido.

La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. La resistencia personal a la pérdida es variable; hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella, y otras que la soportan sin inmutarse.

4.3 Causas sociales de la depresión

Calderón (1987) sostiene que durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la religión y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo, la ira; sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas tres fuentes de apoyo.

Sabemos que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos; que muchas familias se reúnen sólo en ocasiones especiales, como bodas,

bautizos, o entierros; que el divorcio se incrementa día a día, y que es habitual que los jóvenes traten de independizarse tan luego como tienen los medios económicos que les permiten hacerlo.

Las religiones como apoyo social han desempeñado papeles importantes da un sentido a la vida; brinda consuelo durante periodos de desesperación, especialmente si están relacionados con la muerte, y presta servicios sociales a los enfermos, huérfanos, ancianos, etc. No obstante, en la actualidad los lazos religiosos se están debilitando y cada día es mayor el número de personas que hacen gala de un materialismo ateo, en donde el sujeto debe depender de sí mismo, sin esperar ayuda espiritual o divina de ningún tipo. Por otra parte, los necesitados reciben los servicios a través de las agencias de seguridad social o de otras instituciones gubernamentales.

En lo que se refiere a la comunidad de vecinos, el vivir en una época de acentuada movilidad personal y urbana impide establecer contacto y amistad con las personas que nos rodean. Las relaciones de vecindad, afecto y apoyo emocional que existían hace unas décadas se han roto por completo. Hoy en día, lo habitual es que con dificultad conozcamos a las personas que habitan las casas colindantes a la nuestra, y el resto de la comunidad suele sernos tan extraña como pueden ser los habitantes de otra ciudad o país.

Un problema grave que se ha presentado en los últimos tiempos, es la migración de los campesinos a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida. La dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en áreas marginadas, constituyen un serio problema que afecta en forma importante el estado afectivo de grandes núcleos de población.

De acuerdo con Polaino y Lorente (1988) la aparición de un acontecimiento o evento estresante de la vida cotidiana puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos, y sentimientos depresivos en el niño. La reiteración de la experiencia de fracaso puede, contribuir a generar en el pequeño actitudes que fácilmente darían estabilidad a su inicial comportamiento

depresivo. La ansiedad que suele acompañar a estos acontecimientos estresantes puede hundir al sujeto en un estado de indefensión y desvalimiento, por cuyo defecto se inhibe todavía más su conducta.

La familia constituye un ambiente especialmente importante como factor depresivo tanto por las influencias que tiene en el comportamiento infantil como por el conjunto de relaciones que en ella se configuran, por lo que, actuando como caja de resonancia, cualquier pequeño conflicto que se suscite en su seno incidirá agitando sus consecuencias sobre la conducta del niño.

4.4 Prevención de la depresión infantil

Se parte de que la depresión infantil es un continuo psicopatológico desde el niño al adulto, que depresión infantil podría dejar de ser, en muchos casos, un fenómeno pasajero, para persistir o reaparecer en un momento de la vida del sujeto, es un cuadro que frecuentemente tiende a aumentar, así como puede pasar por desapercibido, quedando sin diagnosticar, persistiendo meses y años una depresión infantil, aumentando el riesgo de enfermedad depresiva en el adolescente y el adulto. Pueden transcurrir etapas evolutivas más largas sin presencia de sintomatología depresiva, pero que la evolución sea continua o discontinua no siempre significa que la depresión este curada o que no pueda presentarse.

La epidemiología se basa en el supuesto, de que la distribución no se debe al azar, sino que su incidencia y prevalencia varían con relación a las circunstancias personales y ambientales cuyo conocimiento va permitir evitarlas en la medida de lo posible. El estudio epidemiológico de la depresión, basa su importancia en que los factores de riesgo asociados a la aparición pueden esclarecer las causas de la misma y sugerir estrategias de intervención temprana "preventiva".

El niño desde que nace está sometido a un sin fin de estímulos, experiencias, situaciones positivas o negativas que forman a partir de su entorno

social; algunos de ellos pueden provocar angustia y/o depresión en el nuevo ser en desarrollo; es difícil saber como éstos pueden ser factores de riesgo.

La familia puede actuar a veces, como elemento de protección, frente a ciertos factores de riesgo; en cambio, otras veces puede ser un riesgo por sí mismo.

Los factores de riesgo de la depresión que conocemos proceden de la experiencia clínica con los niños y los estudios que se han hecho con el tema.

Datos de la experiencia clínica, para la prevención de la depresión infantil:

- A. La imposibilidad en que se encuentra el niño en alcanzar las exigencias del rendimiento escolar requeridas por los padres, la escuela o ambos factores.
- B. La falta de confianza de los niños de sus propias aptitudes.
- C. El sentirse diferente a sus compañeros, bien sea por pertenecer a un ambiente social muy diferente, o bien porque físicamente lo es.
- D. Falta de tiempo para la relación con los padres, en especial con la madre. Lo que puede ser un impacto importante para un niño puede ser mucho menor para otro, incluso en circunstancias semejantes.

Estudios de factores de riesgo:

- A. La pérdida como factor de riesgo de la depresión, la pérdida de una persona, u objeto: ha sido el factor que más se ha relacionado con la aparición de una depresión infantil. La muerte de un padre, un hermano, un abuelo, un amigo, pueden ser un factor de riesgo de pérdida. Aunque el resultado depende de factores muy diversos, como la edad del niño, características temperamentales y su mayor o menor vulnerabilidad, otros son externos.
- B. La depresión de los padres como factor de riesgo, cuando éstos son depresivos, el riesgo para los niños es mucho mayor, un padre deprimido contribuye a crear un ambiente negativo en la familia, aunque los miembros de la familia pueden aprender a adaptarse a la nueva situación, lo que explicaría la menor afectación de los niños en las formas crónicas.
- C. Otros estresores o acontecimientos vitales importantes.
- D. La escuela como factor de riesgo, para algunos niños puede ser un centro de interés, de socialización, que aumenta su autonomía y su autoestima, pues en

otros causa lo contrario, representando para el niño un factor importante de estrés con efectos negativos, disminuyendo su motivación y confianza en sí mismo.

E. Factores personales, alguna disminución física o psíquica, lo coloca en una situación de riesgo, por sentirse distinto, inferior y marginado, facilitando así la aparición de un cuadro depresivo. Tienen estos niños una mayor fragilidad ante los impactos ambientales.

Es evidente que acontecimientos similares puedan tener un significado y un efecto distinto para unos u otros niños, algunas de las causas que influyen en esta vulnerabilidad individual es:

1. Diferencias de edad y etapa evolutiva.
2. Diferencias de sexo.
3. Lugar ocupado entre hermanos.
4. Factores temperamentales.
5. Tendencia a la depresión.
6. Experiencias positivas compensatorias.
7. Factores catalíticos (aquellos que interactúan y se combinan con los estresores).

Para evitar de modo eficaz la aparición de la enfermedad, es necesario estar consciente de la incidencia; conocer las causas que la ocasionan, los principales factores de riesgo, y conocer la vulnerabilidad del niño.

Los aspectos preventivos dentro de los métodos de promoción de la salud, se dirigen a:

1. El ambiente que rodea al individuo, tanto familiar como escolar y social, actuando sobre los factores de riesgo que existen en ellos.
2. El propio individuo, variando su comportamiento e incrementando su resistencia frente al impacto de las condiciones externas. La prevención se da en tres áreas, aplicado a la depresión infantil:
 - a) Prevención primaria: intenta eliminar las causas de una enfermedad antes de que ésta inicie, evitando que se produzca. La etiología de la depresión infantil es todavía poco clara. La posibilidad de conocer varios de los factores de riesgo de la

enfermedad constituye un paso adelante en la planificación de la prevención primaria.

b) Prevención secundaria: detección precoz de la enfermedad, con el fin de iniciar un tratamiento, se basa en un buen diagnóstico, no depende sólo de su exactitud, sino también de su precocidad. Dentro de las herramientas de prevención secundaria tenemos a los instrumentos psicológicos (escalas y cuestionarios) y bioquímicos. También debe enfocarse a la formación de profesionales especializados para hacer un buen diagnóstico y pronóstico durante su intervención.

c) Prevención terciaria: es el tratamiento en la fase aguda de la enfermedad y la rehabilitación del enfermo. Esta intervención podría evitar recaídas en la enfermedad del adolescente o del adulto.

De acuerdo a las etapas de desarrollo se puede enfocar la prevención de la depresión.

La investigación de la estructura familiar y sus implicaciones en la opresión parece obvia. Las actitudes de los padres (dependencia/ independencia, sobreprotección/ rechazo, calidad del tiempo dedicado, uso de premios/ castigos, etc.) contribuyen a moldear el comportamiento de sus hijos y con él, el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos, etc., que de una u otra forma están implicados en el hecho depresivo (Polaino y Lorente, 1988). Así mismo, las relaciones que se establecen dentro de la familia que es el mundo entero para los niños, en especial para los más pequeños, pueden activar la depresión. Aquellos niños cuyos padres los hacen objeto de malos tratos son los que tiene el mayor riesgo, también aquellos niños que reciben malas críticas y ven siempre destacadas sus deficiencias.

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

En una encuesta sobre casos de abuso en niños, realizada en el St. Vicent's Hospital, se reporta que más del 50 por ciento de los niños nacieron de un parto prematuro o con bajo peso y en un gran número de ellos el desarrollo físico

e intelectual fue tardío, lo que muchos casos fue el factor generador de la agresión de los padres. Por el número de partos prematuros reportados en estos niños maltratados, podría inferirse que hubo un rechazo consciente o inconsciente hacia el pequeño desde el período prenatal (Calderón, 1987). Según Spitz en niños recién nacidos hospitalizados y separados de la madre se observa un cuadro extremadamente grave, caracterizado por pasividad total, desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y trastornos del desarrollo.

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

Blumberg estudió la depresión en niños con síndrome de maltrato y menciona que el abuso de niños y su efecto en trastornos de conducta están relacionados con la depresión enmascarada. La depresión en estos casos involucra privación, incertidumbre, ansiedad y confusión en la relación estrecha entre el desarrollo cognitivo y afectivo por lo que la depresión varía de acuerdo al desarrollo del niño, en sus manifestaciones y sintomatología. A consecuencia del descuido y maltrato se presentan cambios en los patrones de alimentación y sueño (cit. por Gutiérrez, 1991).

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

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

Los niños maltratados según Green se muestran muy a menudo tristes y deprimidos, se ven a sí mismos con igual desagrado y desprecio con el que los padres los tratan (cit por Cirillo y Di Blasio, 1989). Oates, Forrest y Peacock, indican que en los niños víctimas de violencia se presenta un cuadro de

personalidad caracterizado por subestimación de sí mismo, inseguridad e incapacidad de relacionarse con sus compañeros. Goensbaver y Rodeheffer señalaron que de sus observaciones a niños víctimas de violencia se observa la presencia de tendencias depresivas, pasividad, inhibición, ansiedad, dependencia, rabia y agresividad (cit. por Calderón, 1987). Muchos de estos niños maltratados son considerados por los padres como lentos en su desarrollo o retrasados mentales, malos, egoístas y rebeldes a la disciplina con frecuencia son niños hiperactivos y de conducta desafiante, lo que los hace más vulnerables al abuso (Maher, 1990). Para los psicoanalíticos existe una diferencia entre un niño que es desdichado a causa de un problema actual y un niño que está deprimido.

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

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

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

Los efectos del maltrato pueden ser tan devastadores que van desde lesionar el desarrollo y crecimiento normal (Gold, 1986), hasta provocar tendencias criminales en el individuo (Kempe y Kempe, 1985).

Existen estudios que señalan que algunos niños mayores están deprimidos hasta el punto de llegar al suicidio debido a que a lo largo de sus vidas se les había repetido constantemente que no eran más que una carga (Cirillo y Di Blasio, 1989). Los pequeños sometidos a malos tratos físicos habituales por parte de uno de sus padres o de ambos tienden a evolucionar de diversas maneras: como retrasados psíquicos; o como psicópatas agresivos, firmes candidatos a la delincuencia, en el caso de los varones, o como psicópatas masoquistas, con baches depresivos y suicidas, en el caso de las niñas (Cobo, 1992).

CAPÍTULO V

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Uno de los problemas de nuestra sociedad es la violencia. Este término se refiere a todo tipo de comportamiento que tenga como finalidad el infligir daño físico o psíquico a los demás; se puede considerar a la violencia o agresión como una situación en la que una persona con más poder abusa de otra con menos poder. Por tanto, la violencia prevalece dentro de las relaciones en donde existe la mayor diferencia de poder (Corsi, 1994).

Hoy en día, la presencia de la violencia es cotidiana. Algunos autores culpan a la sociedad que fomenta las relaciones destructivas, en ella se generan antivalores al convertir en héroes a quienes utilizan la fuerza y el poder para subyugar y destruir. Por esto mismo, una sociedad violenta y autoritaria ve reproducidos estos estigmas en la familia (Enriquez, 1988).

La familia se considera un grupo social primario que cumple con las funciones básicas de reproducción de la especie y de transmisión de la cultura a las nuevas generaciones, por tanto, se ha tomado como un lugar ideal, de seguridad, comprensión y de amor (Corsi, 1994). La familia también es considerada como un pilar en la formación de los niños, es la que provee a cada uno de sus miembros los elementos necesarios para poder enfrentarse a la vida y es la que satisface sus necesidades de supervivencia (Macias, 1994). Sin embargo, los datos empíricos muestran que la familia por sus características de intimidad, privacidad y aislamiento, es una organización que tiende a ser conflictiva, es decir, la vida familiar puede ser violenta (Corsi, 1994).

El fenómeno de la violencia intrafamiliar (el término violencia intrafamiliar se aplica a los actos violentos que ocurren en el hogar y que son cometidos entre los miembros de la familia) no es un problema reciente. Los análisis históricos revelan que ha sido una característica de la vida familiar tolerada y aceptada desde tiempos remotos. Incluso algunas décadas atrás, expresiones tales como "niños maltratados", "mujeres golpeadas" o "abuso sexual" no eran consideradas como sinónimos de problemas sociales graves.

La violencia familiar comenzó a considerarse como problema grave a comienzos de los años sesentas, cuando Kempe y Kempe (1985) describieron el "síndrome del niño golpeado" para referirse a los malos tratos hacia los niños en el seno familiar.

El niño que está inmerso en un ambiente familiar violento, constantemente corre el riesgo de ser maltratado por sus padres o cuidadores. El maltrato infantil provoca deterioro de las relaciones familiares y del potencial del niño, lo que limita el desarrollo y uso de sus habilidades en el futuro (Téllez, 1995).

La violencia intrafamiliar se refiere a todas las formas de abuso que se originan en las relaciones entre los miembros de la familia. Se considera una relación de abuso a cualquier forma de interacción donde exista un desequilibrio del poder que propicie conductas en un individuo que por acción o por omisión, ocasionando daños físicos o psicológicos a otro individuo. Para poder definir una situación familiar como un caso de violencia, la relación de abuso debe ser crónica, permanente o periódica (Ferreira, 1996).

Existen dos tipos principales de violencia familiar: la violencia conyugal y el maltrato dirigido a los niños. La primera se da en la relación íntima y estable entre un hombre y una mujer, estén o no casados legalmente. La agresión se puede dar de esposa a esposo o viceversa e inclusive ser mutua y en igualdad de condiciones (Barbosa, 1998).

La violencia intrafamiliar, señala Corsi (1994), implica el uso de la fuerza, y llega a constituir un posible método para la resolución de conflictos interpersonales, un intento de doblegar la voluntad del otro y de anularlo, precisamente en su calidad de "otro". Para que la conducta violenta sea posible tiene que darse una condición: la existencia de un desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente por el contexto o producido por maniobras interpersonales de control de la relación.

Por otra parte, el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (Dirección General de Atención a Víctimas de Delitos de la PGJDF, 1997) define la violencia familiar como "todos aquellos actos u omisiones que atentan contra la integridad física, psicológica, sexual y moral de cualquiera de los integrantes de

una familia. Cuando se hace referencia a las acciones, no son sólo a aquellas tangibles o evidentes y que dejan huella corporal, si no también estamos incluyendo todos aquellos actos que lesionan la integridad psicoemocional de los individuos: se considera también la negligencia o las omisiones como faltas de algunas acciones que pueden tener repercusiones en los dos ámbitos de los individuos: el físico y el emocional y que pueden reflejarse en el estado de salud de quienes las viven o en casos de abandono extremo".

Con base en lo expuesto, se puede decir que todos estamos inmersos en el fenómeno de la violencia, ya que no existe persona que no sea consciente de la violencia social. Las noticias de la prensa informan casi a diario de disparos, robos, asaltos, hurtos, peleas, secuestros y homicidios. Pero, no es esta la violencia mayor, hay otra más grave por ser más cotidiana y encubierta, se trata de la violencia estructural, la generada por estructuras injustas de poder, que producen situaciones de: hambre, analfabetismo, falta de atención médica, miseria, discriminación y explotación de la mujer, etnocentrismo, racismo, ecocidio, colonialismo, etc. La violencia se produce en todo el mundo y en todos los estratos de la sociedad. ¿Realmente somos conscientes de cuántos cónyuges se agreden físicamente y cuántos progenitores golpean a sus hijos? .Este es un problema común muchas veces minimizado. Además, sus consecuencias no son sólo el sufrimiento que causa la agresión en sí, sino el hecho de que a menudo es difícil evitar que se extienda la violencia, ya que, cualquier acto de agresión provoca más agresión.

CAPÍTULO VI

MALTRATO INFANTIL

El problema del maltrato infantil es tan antiguo como la humanidad misma y hasta hace poco no se le daba importancia alguna, ya sea en términos médicos, sociales y psicológicos.

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

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

En la sociedad romana los menores, junto con sus madres, formaban parte del patrimonio del padre, quien tenía el poder absoluto sobre ellos, incluyendo su vida, este poder era ejercido sobre todo en los casos de rebeldía (Rodríguez y Vega, 1995 – 1997).

En la edad media europea, los niños eran valorados en función del apoyo que podían proporcionar a los adultos en las labores; se les trataba como adultos en todos los sentidos, tenían que enfrentar sus necesidades personalmente. Es un periodo que la historia registra como de alta mortalidad en relación con la infancia debido a las epidemias y a las condiciones de vida tan difíciles que enfrentaba la sociedad (Rodríguez y Vega, 1995 – 1997).

En la época moderna el fenómeno de la violencia contra los niños cobra interés en la segunda mitad del siglo pasado con los trabajos realizados, principalmente, por el doctor Kempe, quien en 1961 propuso el término del "síndrome del niño golpeado", el cual definió como: "el uso de la fuerza física en forma intencional no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor" (Kempe y Kempe, 1985 pp.26).

El maltrato infantil es reconocido como un serio problema social, de acuerdo con las estimaciones del Programa de Prevención del Maltrato al Menor (DIF – PREMAN, 1992) se reportan 8,830 casos de niños maltratados cada año en la Ciudad de México. Por otra parte, la Procuraduría General de Justicia señala que en un periodo de siete meses en 1991 se presentaron 9,577 denuncias relativas a maltrato a menores; sin embargo, el número de infantes maltratados podría ser mayor debido a que gran parte de los casos no son reportados.

El maltrato infantil se refiere a toda acción u omisión, no accidental, que provoque daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores. Existen diferentes tipos de maltrato: el abuso físico, el abuso sexual, el abuso emocional, el abandono físico, el abandono emocional y la violencia indirecta (donde los niños son testigos de violencia conyugal) (Corsi, 1994). Sin embargo, se ha puesto un mayor énfasis sólo en cuatro de ellos: el abuso físico, el abuso sexual, el abuso psicológico y la negligencia o el abandono (Fantuzzo, 1990; Téllez, 1995). El abuso físico, sexual y psicológico, son comportamientos caracterizados por el exceso de emisión de cierta conducta como golpes, penetraciones o insultos; mientras que la negligencia, se caracteriza por la ausencia de ciertos cuidados paternos como la limpieza, la alimentación y la atención médica, emocional y física, entre otras (Fantuzzo, 1990) .

El abuso físico se define como la presencia no accidental de lesiones producidas por el comportamiento violento del padre (Kelly, 1983), implica castigos intensos y continuos a través de jalones de pelo y orejas, golpes (con las manos, pies, correas y zapatos), nalgadas, puñetazos (que pueden ocasionarle al niño fracturas múltiples, contusiones, dislocaciones o hematomas), incluso pueden

presentarse acciones como quemar al niño con cigarrillos, planchas o velas (Reid, Lorber y Felton, 1984). Los primeros indicios de que un niño ha sido maltratado físicamente son las señales externas que se presentan en su cuerpo (Gómez, 1988).

El abuso sexual es definido como el forzar a un menor a tener algún contacto sexual con una persona mayor que él (Téllez, 1995), es la explotación de un niño por medio de la gratificación sexual de un adulto e incluye exhibicionismo, acariciar los genitales, incesto y violación (Reid, Lorber y Felton, 1984).

El abuso psicológico se entiende como un ataque por parte de un adulto que va en contra del desarrollo de un niño o la obstrucción del desarrollo de sus relaciones sociales (Carbarino, Guttman y Seeley, 1986). Hart y Brasard (1987) plantean que el abuso psicológico comprende el rechazo de los padres hacia sus hijos, así como, el desalentar la ocurrencia normal y natural de las conductas del niño propias de su desarrollo, lo que representa una amenaza para su desarrollo emocional. De esta forma se afecta el punto de vista que tiene el niño de sí mismo, de otros y de las relaciones humanas en general. A este tipo de abuso también se le llama maltrato de tipo verbal o emocional en donde se incluyen los insultos y las amenazas (Gómez, 1988). En esta clase de abuso, los padres generalmente se dirigen al niño a través de insultos sin utilizar su nombre y le transmiten que es una carga para la familia (Kempe, 1985).

Por su parte, la negligencia se caracteriza por la presentación de lesiones, producto de la carencia de cuidado o supervisión de los padres (Fantuzzo, 1990), y se define como el fracaso del padre para procurar satisfacer las necesidades básicas de cuidado físico, nutricional, médico, educacional y afectivo de su hijo (Kelly, 1983). Kempe (1985) plantea que no hay suficiente protección del pequeño para alejarlo de riesgos físicos y sociales. La persona responsable del niño, deliberadamente o por descuido, permite que el pequeño experimente sufrimientos evitables y/o no proporciona los elementos esenciales para el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emocionales de su hijo (Polansky y Hally, 1975). La negligencia puede ocasionar deterioro emocional debido a un exceso de humillación, rechazo, falta de amor, de empatía y de aceptación (Laureano, 1980).

La negligencia también se manifiesta en la privación del menor de alimentos o de libertad a través de mantenerlo encerrado. Así mismo, el niño puede contraer enfermedades por falta de higiene y abrigo. Las consecuencias de este tipo de maltrato no se observan rápidamente, sino después de algún tiempo cuando son apreciables el poco peso, la talla disminuida y otras características propias de la mala alimentación (Gómez, 1988).

Mercado (1991) plantea que la violencia contra los niños puede ser de dos formas, una activa o una pasiva. La violencia activa ocurre cuando las acciones de los padres abusan o descuidan al niño física o mentalmente. Por su parte, la violencia es pasiva cuando el cuidado y la protección por parte de los padres o cuidadores son insuficientes para que el niño no se dañe.

6.1 Causas que pueden propiciar el maltrato infantil

Se ha encontrado que el maltrato infantil es un fenómeno complejo que involucra diversos factores, que al asociarse incrementan la probabilidad de que se presente un episodio de maltrato.

De acuerdo a Cruz (2000), varios autores han mencionado que la etiología del síndrome del niño maltratado puede estudiarse sobre la base de tres factores principales que pueden estar relacionados entre sí:

1. Características de los niños maltratados.
2. Características de los padres o cuidadores que maltratan.
3. Factores medio ambientales.

1. Características de los niños que sufren de maltrato.

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

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

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

Clínicamente un niño maltratado denota los siguientes síntomas según el tiempo en que ha sido sujeto de maltrato o abandono: desnutrición en grado variable, retraso psicomotor, hostilidad y llanto constante, o bien una indiferencia total al medio; en su piel pueden observarse cicatrices múltiples, ya sea de quemaduras por cigarrillos o por agua caliente, o incluso por objetos punzó cortantes, igualmente zonas de deformidad por fracturas antiguas o recientes, mal estado de higiene, etc. (Marcovich, 1978). Diversas investigaciones realizadas por Gaensbaver en 1979 y Rodeheffer en 1980 (cit. por Cirillo y Di Blasio, 1989), señalan que los niños víctimas de violencia presentan tendencias depresivas, pasividad, ansiedad, dependencias, rabia y agresividad.

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

En ocasiones los niños maltratados presentan un aspecto triste, indiferente, temeroso, asustadizo y descuidado; es notorio su mal estado en general como consecuencia de traumatismos y negligencias, tanto afectivas como alimentarias. Muestran trastornos de conductas tales como micción involuntaria o enuresis, debilidad mental, encefalopatías y anemias agudas. La proximidad de un adulto causa terror en el niño lo cual se observa en especial, cuando los niños

maltratados son hospitalizados y un adulto se acerca a su cama, pues es frecuente que en su hogar sea golpeado en tales circunstancias (Osorio, 1981).

Otra destacada característica de los niños maltratados es la sumisión y aceptación de cuanto sucede, son pasivos y obedientes. Generalmente no expresan sus sentimientos, incluso ni el dolor físico. Son acentuadamente sensibles a la crítica y al rechazo, a la más mínima sugerencia de aceptación por parte de cualquier adulto reaccionan tratando de ser los más agradable posible (Kempe y Kempe, 1985).

Sin embargo, no todos los niños que han sufrido de maltrato son dóciles y están ansiosos por agradar; tal vez una cuarta parte de los menores de edad son negativos, agresivos y generalmente hiperactivos, no pueden estarse quietos o prestar atención más que un instante (y se sospecha mayor incidencia en los mayores); siendo casi por completo: incapaces de jugar aceptablemente con otros niños. Algunos de estos niños que se han tratado, son volubles de estado de ánimo, en ocasiones se muestran cariñosos y dóciles, mientras que en otras son impulsivos y destructivos sin ninguna provocación aparente (Kempe y Kempe, 1985).

Los niños maltratados tienen gran dificultad para reconocer sus propios sentimientos y para hablar de ellos en especial, para comentar sus inclinaciones, sus simpatías, su soledad, su angustia y sus gustos. En pocos casos se permiten así mismos gozar y disfrutar, al igual que de reírse de ciertas bromas, generalmente se sienten poco satisfechos de sí mismos. Tal vez su tipo de conciencia es rígida y al mismo tiempo débil, presta atención a las formas de comportamiento, pero no a su significación moral. Los niños maltratados se preocupan demasiado por la mala imagen de sí mismos (Kempe y Kempe, 1985).

Gómez (1988) señala que los niños maltratados presentan ciertas características que pueden facilitar la agresión por parte de sus padres. Rosselot (1981) menciona que dentro de estas características se encuentran: el ser hijos no deseados o del sexo opuesto al esperado, ser concebidos fuera del matrimonio, ser uno de los hijos menores en una familia numerosa, presentar anomalías congénitas, llorar frecuentemente, ser irritables e hiperactivos. También se ha visto

que si el pequeño tiene deficiencias físicas, auditivas, motoras o de lenguaje (Friedrich y Boriskin, 1980), retardo en el desarrollo (Lutzker, 1993) o si demanda mucha atención, es más probable que sus padres presenten hostilidad o resentimiento hacia él (Gómez, 1988).

Se ha encontrado que el maltrato se encuentra con mayor frecuencia en los primeros años de vida, en el sexo masculino y su nacimiento ha estado rodeado por circunstancias negativas tales como el haber sido prematuros o producto de embarazos no deseados (Gómez, 1988).

Por otra parte, se ha señalado que los niños maltratados son más agresivos, tanto a nivel verbal como físico, emiten más respuestas verbales negativas y son más desobedientes que los niños no maltratados (Gómez, 1988).

Otra característica de los niños maltratados es su bajo rendimiento académico. Tanto los padres como los maestros de estos niños reportan que presentan habilidades pobres para aprender durante los años preescolares además de que son difíciles de manejar en el salón de clase (Gómez, 1988).

2. Características de los padres o de los cuidadores que maltratan.

El maltrato infantil es resultado no sólo de ciertas deficiencias ambientales que influyen en la estructura familiar, sino también de deficiencias específicas tanto de los padres como del niño. Es frecuente que los padres que maltratan a los niños posean un conocimiento limitado de los comportamientos apropiados para la edad de sus hijos, así como una capacidad reducida para interactuar con ellos sin recurrir a la coerción. Estas deficiencias pueden vincularse con innumerables factores, por ejemplo, la propia historia familiar de los padres y la relación que ellos tuvieron con los suyos; influencias y actitudes culturales, conductas infantiles que no responde a castigos leves, etc. (Wolfe, Kaufman, Aragona y Sandler, 1991). Cabe señalar que predomina el sexo femenino entre los agresores infantiles, siendo la madre o madrastra la que ocupa el primer lugar, el padre tiene el segundo lugar, seguido por los abuelos, tíos y hermanos y por último los vecinos y profesores (Marcovich, 1981).

Se ha encontrado que las expectativas de los padres con respecto a sus hijos, pronostican el tipo de interacción que establecen con éstos. Es decir, si las expectativas de los padres no concuerdan con el comportamiento presentado por sus hijos, éstos pueden agredir físicamente a sus hijos (Barkley, 1981). Dentro de las prácticas disciplinarias que estos padres aplican a sus hijos, se ha encontrado con mayor frecuencia el uso del castigo corporal (Chamberlain, Reid, Ray, Copaldi y Fisher, 1992).

Lutzker (1993) menciona que los padres maltratadores piensan que ellos no abusan del castigo corporal, y que este comportamiento es sólo una forma de disciplinar al niño cuando no cumple una regla impuesta en casa. Además, estos padres aseguran que este tipo de disciplina puede emplearse en niños desde temprana edad.

Los padres que maltratan a sus hijos tienden a aplicar disciplinas estrictas (Fontana, 1984), y tienden a justificar sus actos diciendo que ellos fueron educados de la misma manera y que desean hacer lo mismo con sus hijos. Estas personas creen que como padres poseen los derechos y los privilegios familiares, y que sus niños tienen que cumplir los deberes y las responsabilidades que ellos les imponen. Además, estos padres consideran que hicieron un favor a sus hijos al darles la vida y por lo tanto, éstos son de su propiedad (Kadushin y Martin, 1985).

Uno de los rasgos que se han identificado en los padres que maltratan, es la falta de habilidad para manejar el estrés (Smith, Hanson y Noble, 1973), lo que se manifiesta en problemas para controlar el enojo y la falta de habilidad para educar a sus hijos cuando son padres solteros o muy jóvenes (Lutzker, 1993).

Mejía (1994) señala como posibles factores de riesgo para el Síndrome del Niño Maltratado:

- La historia de los padres en la que se manifiesta la privación psicoafectiva y/o el maltrato en la infancia.
- Percepción negativa del niño, siempre que el pequeño no cumple las expectativas, tanto físicas como emocionales.
- Crisis familiares.
- Aislamiento de la familia de los sistemas de ayuda.

-El abuso del alcohol y la drogadicción.

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

-Enfermedades o deterioro en la salud física o mental.

-La maternidad o paternidad prematura.

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

-Sistemas familiares en que los padres no rompen sus vínculos con sus familias de origen y los roles y relaciones son disfuncionales.

Roque, Carrillo y Castillo (1997) enlistan también algunos rasgos de personalidad que han sido observados en personas que maltratan a los niños:

- sentimientos de inseguridad y angustia.
- baja autoestima y autoaceptación .
- baja capacidad para afrontar y resolver problemas.
- inmadurez y frustración excesiva.
- soledad e infelicidad.
- aislamiento social (escasas relaciones interpersonales).
- rigidez y dominancia.
- impulsos agresivos.

Éstas no son todas las posibles características ni son imprescindibles, por lo tanto, no existe una personalidad maltratadora específica.

Otro factor causal del maltrato infantil son los modelos de crianza en que el maltrato está plenamente justificado, e incluso lo practican contra los niños varios familiares a parte de los padres, como los abuelos, los hermanos mayores o los tíos. En este caso el riesgo de maltrato aumenta, puesto que son varias personas las que potencialmente están en condiciones de maltratar al niño (Rodríguez, 1989) .

La disputa entre los padres por la autoridad familiar es otra causa de maltrato. Esto sucede cuando existen diferencias, contradicciones o antagonismos

importantes en los valores y las costumbres de la pareja, por lo que ésta busca en los hijos aliados que obedezcan y apoyen, lo que propicia división, recelo y complicidad entre hijos y padres (Rodríguez, 1989). Duberman (1975) plantea que los padrastros tienen mayor dificultad para desarrollar afectos profundos hacia sus hijastros que los padres naturales.

Otros factores causales del maltrato son: las desavenencias entre la pareja, el abandono de uno de los cónyuges, la separación o el divorcio, la formación de una nueva pareja con madre o padre sustituto y nuevos hijos, la inexperiencia de la madre que puede estar dada por la edad y/o la ignorancia, y las diferencias entre la pareja sobre el momento en que nacen los hijos y el número de hijos (Rodríguez, 1989).

Katz (1981) y Monterola (1972) indicaron que cuando un matrimonio no funciona y no logra resolver las dificultades de comunicación interpersonal, se producirán discusiones y peleas cuando existan fallas en el comportamiento de los hijos.

Montiel (1982) asegura que cuando el padre tiene una imagen pobre de sí mismo y la madre es rechazada por el esposo, es más probable que uno de ellos o ambos exteriorice su irritación y su agresión hacia los hijos. Asimismo, cuando la madre es inmadura, solitaria, y no sabe cumplir con sus responsabilidades, mientras que el padre es agresivo y no ofrece apoyo emocional, se origina un patrón sumiso-dominante (Teer, 1970), en estos casos ambos padres frecuentemente descargan su frustración en el niño. El pequeño, por su parte, se vuelve más demandante de cariño, con lo que se complementa un círculo vicioso, pues los padres al no ser afectuosos se irritan y golpean (Montiel, 1982).

3. Factores medio ambientales.

Rodríguez y Arends plantearon en 1984 (cit. por Roque, Carrillo y Castillo, 1997) que el desempleo, el hacinamiento, la sobrepoblación y la marginación son factores sociales responsables del maltrato infantil. Asimismo, la salud física y emocional de los padres pueden provocar situaciones de abuso, al igual que la falta de recursos económicos.

Algunos estudios (Belsky, 1980; Longer, Burgess y Barret, 1979; Staufus, 1980) sugieren que altos niveles de estrés están asociados a la incidencia de abuso parental. El estrés puede deberse a la disminución de recursos para la crianza del menor (Green, Gaines y Sandgrund, 1974). Asimismo, existen presiones adicionales como el nacimiento de otro niño, cuidar infantes enfermos o cuidar temporalmente al menor (Feigelson, 1985).

Los padres que abusan de sus hijos con frecuencia carecen de recursos sociales y financieros. A pesar de que el abuso infantil no es exclusivo de las familias de clase baja, el estatus socioeconómico bajo provoca estrés que se asocia a una alta probabilidad de abuso infantil (Garbarino, 1977; Gil, 1971).

Las familias con un solo padre tienden también a propiciar abuso infantil (Friedman, 1976; Gil, 1971; Johnson, 1974). La paternidad sin pareja es una experiencia estresante y la situación se agrava cuando los recursos económicos son bajos. Burgess (1981) plantea que lo mismo sucede cuando ambos padres están físicamente presentes pero uno de ellos está emocionalmente ausente. Cuando un solo padre se ocupa de los hijos, particularmente en familias de nivel socioeconómico bajo, la interacción padre-hijo puede ser negativa, lo que propicia el abuso infantil físico y emocional o la negligencia en el cuidado de los hijos.

Los cuidados parentales disminuyen en las familias con gran número de hijos. Mientras más grande sea la familia, menos contacto directo parental recibe cada niño y es más probable que se de maltrato emocional y físico (Burguess, 1981; Fontana, 1984). La familia numerosa y sin suficiente espacio físico para cada uno de los hijos, ocasiona tensión en los padres. En estos casos, más niños y al mismo tiempo, piden afecto, cuidados y recursos financieros a los padres (Kinard, 1980).

Las investigaciones muestran que cuando hay mayor tiempo entre los nacimientos de los hijos, la influencia parental sobre los hijos es mayor y se basa en menos castigos y más apoyo, que cuando las edades de los hijos son muy cercanas (Kinard, 1980). En este último caso, las interacciones padre-hijo tienden a ser negativas y los padres tienden a ser abusivos y negligentes con sus hijos (Richardson, 1980).

Marcovich (1978) señala que los factores sociales y económicos no son suficientes para producir un padre golpeador, aunque sí son factores predisponentes. Años más tarde, Marcovich (1981) menciona que no existe una relación causa-efecto en el problema del maltrato infantil, sino que son múltiples las causas que llevan a un padre a abusar de su hijo.

6.2 Consecuencias del Maltrato Infantil

Es evidente que los malos tratos pueden generar múltiples resultados de lesiones físicas o mentales, o ambas simultáneamente, y que estas pueden ser susceptibles de recuperación, o bien irreversibles con secuelas definitivas (Osorio y Nieto, 1989).

Las consecuencias psiquiátricas del daño en el sistema nervioso central producido por golpes recibidos, han sido reportados repetidas veces. Los estudios señalan hasta 43 y 55 por ciento de retraso mental en grupos de niños golpeados estudiados. Es necesario pensar, además, en el sin número de defectos perceptuales y conceptuales derivados de daño cerebral que existen en los niños que han sido golpeados sobre todo durante el primer año de la vida cuando el sistema nervioso central, aún en desarrollo, es más vulnerable a las agresiones.

El hematoma subdural es la lesión más común en el niño golpeado, así como, la menos atendida y detectada, por lo que es la causa más frecuente de muerte en el síndrome del niño maltratado. Este tipo de lesión puede ocasionar secuelas neurológicas como retraso mental y parálisis cerebral (Reid, Lorber y Felton, 1984).

Con frecuencia, los niños que sufren hemorragia subgaleal no presentan huellas de violencia debido a que no sufrieron golpes directos. Estos niños pudieron haber sido víctimas de sacudidas bruscas que imprimen fuerzas de aceleración y desaceleración en el interior del cráneo, lo que precipita la ruptura de puentes venosos cerebrales y hemorragia.

Herrera, Hoque, James y Vázquez (1986), señalan que las lesiones físicas incluyen lipedema, luxación de cristalino, desprendimiento de retina, retinopatía de Purtscher, hemorragia subgaleal como consecuencia de los tirones enérgicos de los cabellos, marcas de la palma de la mano en distintas partes del cuerpo, mordiscos, lesiones genitales ocasionadas por los padres, los que en un intento por que los pequeños no se mojen cuando orinan, les anudan el prepucio, ruptura del piso de la boca, cuando el menor es obligado a ingerir alimento, deshidratación, debida a la privación prolongada de agua, intoxicación por barbitúricos, intoxicación por hidrato de cloral etc.

Las secuelas en el desarrollo cognoscitivo y emocional también son graves. Las disfunciones en la percepción y conceptualización no sólo se manifiestan en problemas de aprendizaje escolar, sino que interfieren también en las representaciones mentales del niño sobre sí mismo, sus padres y otras personas. Estas representaciones que el niño desarrolla a través de los primeros tres años de vida, son responsables del sentido de realidad, del sentido de causalidad, de su concepción sobre el presente, el pasado y el espacio, concepciones que ayudan al desarrollo de las funciones de aprendizaje. En el desarrollo normal, el niño logra percibirse como un ser individual en relación con otros que le rodean, pero perfectamente diferenciado de ellos. Asimismo, el niño logra diferenciar los fenómenos que ocurren en su exterior de los originados en su interior. Esta diferenciación depende de la integridad del Sistema Nervioso Central (SNC), por lo que se ve seriamente afectada en el niño golpeado, quien al desarrollar conceptualizaciones defectuosas de la realidad, distorsiona la relación con los demás y no logra una adaptación funcional en su medio ambiente (Mercado, 1991).

Aunados a los factores derivados del daño cerebral, se encuentran los que se producen por la distorsión y el defecto de la relación materno – infantil. Como se ha dicho, el aparato psicológico se desarrolla, en gran parte durante los tres primeros años alcanzando un nivel de funcionamiento cercano al que es familiar a los adultos. Para este desarrollo requiere de la integridad del S N C, pero se lleva a cabo a expensas de la disponibilidad emocional de la madre y de la calidad de

relación que se establece con ella dependiendo de ésta disponibilidad (Marcovich, 1981).

Los niños que han sufrido algún tipo de maltrato, terminan por aceptar la imagen que sus padres tienen de ellos, se convencen de que son "malos" y de que merecen lo que están recibiendo. Posteriormente, la actitud de estos individuos frente a la sociedad es de desconfianza, recelo, hostilidad y venganza, por lo que tienden a vivir probándose a sí mismos que no son aceptados por la sociedad, lo que justifica su hostilidad hacia los demás (Mercado, 1991).

Loredo, Mompala, Schuller y Cato (1987), señala que los pacientes analizados reflejan secuelas de la agresión y privación social a que fueron sometidos, al resultar muy precaria su capacidad de organización visual aparece anormalmente baja, según la media estadística. El bajo rendimiento escolar en algunos niños se debe probablemente a situaciones de tipo emocional y no a una estructura cognoscitiva inadecuada. La presencia de factores emocionales adversos (por ejemplo, baja autoestima, angustia, desconfianza del medio), propician déficit significativo en el área intelectual.

Fontana (1984) describe al niño golpeado como aquel que responde pobremente a los estímulos del medio, y tiene poca energía para aprender, crecer y ganar dominio sobre el ambiente. Mercado (1991) menciona que el niño golpeado presenta apatía y desgano.

Desde el punto de vista psicológico, el maltrato genera niños con rasgos de conducta opuestos, ya sea altamente agresivos o enteramente sumisos. De acuerdo a Kempe y Kempe (1985), los niños que son sumisos aceptan el maltrato, son pasivos y obedientes, necesitan tiempo para adquirir confianza y expresar sus sentimientos. Estos niños son muy sensibles a la crítica y al rechazo, por lo que si establecen una relación intentan ser agradables. Estos mismos autores (Kempe y Kempe, 1985) señalan que algunos niños golpeados pueden ser negativistas, agresivos, hiperactivos, rebeldes y agresivos con otros niños. Algunos niños se muestran a veces cariñosos y dóciles y otras, impulsivos y destructivos. El niño golpeado se siente poco satisfecho de sí mismo porque piensa que es "malo",

"antipático" y "estúpido", por esta pobre auto imagen tiende a deprimirse y puede llegar al suicidio.

La vida social de estos niños se ve afectada como consecuencia del sentimiento de rechazo que experimentan y su pobre autoestima; su desconfianza y hostilidad les crea problemas en sus relaciones interpersonales y algunos de ellos se pueden convertir en padres abusivos o en transgresores de las normas sociales (Rodríguez, 1989).

Rodríguez (1989), menciona que cuando un niño recibe palabras altisonantes ofensas o humillaciones, tiende a adoptar esa identidad negativa que se le confiere como propia y consecuentemente, se torna angustiado y sumiso, pues siente amenaza su seguridad y lo manifiesta con fobia a la escuela (si es en la escuela donde se le degrada), preocupación excesiva, verbalización reiterativa de temor, alteraciones en el ritmo de sueño, depresión y pesadillas. El abuso emocional destruye la competencia del niño y se reconoce por alteraciones superficiales de la conducta y por disminución en la capacidad de las funciones cognoscitivas.

Para Belsky (1980) el niño maltratado tiene las siguientes características: retardo en las áreas motoras, social e intelectual, constricción emocional, excesiva violencia y agresividad, aislamiento y apatía. Los niños maltratados pueden aprender ciertas conductas que son indicadores de retardo mental, para poder adaptarse a un medio amenazante. Ellos aprenden que la pasividad, el retiro y el silencio, son maneras de manejar a sus padres. Su medio ambiente familiar les enseña que el juego restringido, el aislamiento de los niños y la constricción emocional son medios que los mantienen seguros (Mercado, 1991).

Otra consecuencia del maltrato infantil es que el niño abandone el hogar. Se ha observado (Mercado, 1991) que el maltrato es una de las causas más importantes por la que el niño sale de su hogar en busca de un ambiente "más tranquilo".

El abuso infantil y la negligencia por parte de los padres son factores que predisponen el pobre desempeño académico y los problemas de disciplina en el niño. Eckenrode, Laird y Doris (1993) investigaron el efecto del abuso infantil en el

desempeño académico y los problemas de disciplina en una población escolar. Estos autores compararon a un grupo de niños que había sido maltratado con un grupo de niños no maltratado proveniente de la misma comunidad. La escolaridad de los niños era desde preescolar hasta preparatoria. Los resultados mostraron que los niños maltratados se desempeñaban significativamente por debajo de sus compañeros no maltratados en exámenes escolares. Los niños descuidados por sus padres mostraron un pobre desempeño académico, mientras que los niños agredidos físicamente por sus padres mostraron problemas de disciplina.

Marcovich (1981), menciona que Chagoya en 1978 reporto que el niño agredido presenta detención, retraso o regresión en el desarrollo, además de que adopta pautas rígidas de conducta y se siente amenazado y angustiado.

Márquez (1982) realizó un estudio comparativo sobre los trastornos afectivos en niños golpeados y no golpeados que tenían entre 6 y 12 años de edad. Los autores concluyen que los niños golpeados presentan trastornos afectivos con mayor frecuencia que los menores no golpeados: desvalorización, depresión, temores, terrores nocturnos, agresividad, impulsividad, ansiedad, y rechazo de las figuras parentales.

Gonzáles, Azola, Duarte y Lemus (1993) reportaron que los niños descuidados por sus padres, entre los 8 y 16 años de edad, se desempeñan más pobremente en exámenes de lenguaje, lectura y matemáticas que los niños no descuidados. Los niños que sufren de abuso físico son más deficientes en exámenes de matemáticas que los niños que no sufren de este tipo de abuso.

Gonzáles Azola, Duarte y Lemus (1993) indicaron que el maltrato y el abuso sexual a menores, provoca en ellos depresión, auto denigración y la necesidad de hacer padecer a otros lo que ellos padecieron, y sugieren que cuando se brinde atención a un menor maltratado, se procure no sobrevivimizarlo.

Shum y Conde (1993) señalaron que en niños con carencias afectivas graves en la primera infancia, existen problemas en la adquisición y desarrollo del lenguaje que causan a su vez, problemas en otras áreas como la maduración.

En resumen, los niños que sufren de maltrato físico presentan alteraciones psicológicas que van desde somatizaciones y aumento de la ansiedad, hasta la

presentación de problemas realmente graves como enfermedades mentales, que le impiden desarrollarse individual y socialmente. Otro de los problemas graves que genera este tipo de maltrato es la tendencia a repetir el mismo patrón de relación agresiva tanto en su familia como en la sociedad.

La violencia familiar es un fenómeno multicausal, es decir, no podemos hablar de un solo factor causante de la misma. Para poder entenderla se deben tomar en cuenta tanto el contexto familiar como el social. Por un lado esta la historia personal de cada individuo, pues, es más probable que una persona se involucre en una relación violenta cuando, proviene de una familia donde existió maltrato, poca comunicación, falta de respeto y amor. Por otro lado, se encuentra el contexto social en donde vive la persona; las normas sociales que permiten la agresión masculina y castigan la agresión femenina; además, aumenta la probabilidad de que una persona sea violenta cuando, la presión social es muy fuerte, por ejemplo, que el individuo tenga un empleo poco remunerado y muy cansado, una familia numerosa y vivan en un espacio pequeño. Ambos factores le dan a cada individuo características personales que favorecen la violencia familiar, como nivel de agresividad, autoestima y habilidades sociales, así como normas y valores. Otro factor importante derivado de los anteriores, es el nivel de estrés acumulado por cada persona, pues es muy probable que una persona muy estresada reaccione de manera violenta. Como se puede ver la violencia familiar es un fenómeno complejo, que no solo afecta a la familia sino a la sociedad completa; pero este efecto no es en un solo sentido es bidireccional, es decir, la violencia social repercute en la familia y viceversa la violencia familiar repercute en la sociedad.

Para abordar los temas anteriores se revisaron diversos autores, donde las investigaciones que fueron citadas se enfocaron principalmente en buscar una relación entre la depresión y el nivel de maduración, ya que para esta investigación es importante conocer la relación que pueda existir entre éstos efectos del maltrato.

De acuerdo a las investigaciones que se revisaron se determino como el maltrato físico influye negativamente en la madurez mental del niño, provocando

generalmente estados depresivos. La agresión familiar representa un grave problema social, ya que un gran número de personas son agredidas en el hogar y por una persona cercana. El objetivo de la presente investigación fue conocer la relación entre la presencia de estados depresivos y un retraso en el nivel de maduración en niños que han sido víctimas de maltrato infantil, ya que este par de efectos aún no habían sido abordados en un mismo estudio.

CAPÍTULO VII

METODO

7.1 Planteamiento y justificación del problema

A través de la historia de la humanidad, la familia como institución ha desempeñado un importante papel, tanto para el individuo como para la sociedad.

La importancia de la familia para el individuo radica en que esta institución es la encargada de formar al ser humano, de estructurar su personalidad en desarrollo, de brindar atención física y afectiva, darle seguridad y protección. Así estos factores se considerarían indispensables para la maduración y el desarrollo adecuado del individuo, que se deberían proporcionar especialmente durante la infancia.

Sin embargo existen familias en las cuales estos factores no son cubiertos adecuadamente, produciendo alteraciones en sus integrantes, y en especial en el niño.

En este caso se encuentran las familias que maltratan a sus hijos y como consecuencia de ello el niño maltratado presenta apatía, desgano y en el extremo, letargo.

El maltrato en los niños, es tan viejo como la historia misma, pero hoy en día se puede hablar en particular de ciertos factores y características; el niño crece en un mundo que no le despierta interés, y donde la capacidad para interesarse y apasionarse no se ha desarrollado y el futuro no ofrece más que apatía. Esta situación de depresión, aunada al resentimiento y falta de confianza en llegar a ser querido y aceptado determinan la improductividad, el retraso de desarrollo de sus funciones y la apatía en el futuro del niño golpeado.

Este trabajo intenta abrir una nueva brecha de conocimiento para el avance en el trabajo con pequeños maltratados.

Partiendo de lo anterior en el presente estudio se planteó lo siguiente:

¿Existe una relación entre la presencia de depresión y el nivel de maduración en niños que han sido víctimas del maltrato físico infantil?

7.2 Hipótesis

Hipótesis de trabajo: Existe una correlación entre la depresión y el retraso en el nivel de maduración en los niños que han sido víctimas del maltrato físico infantil en comparación de niños que no han sido maltratados.

Hipótesis de estadísticas:

Hipótesis Alterna:

- 1) Si existe correlación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y el nivel de maduración en niños que han sido víctimas del maltrato físico infantil.
- 2) Si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños víctimas del maltrato físico infantil y el grupo de niños que no han sido víctimas de maltrato, en cuanto a, la presencia de depresión y el nivel de maduración.

Hipótesis Nula:

- 1) No existe correlación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y el nivel de maduración en niños que han sido víctimas del maltrato físico infantil.
- 2) No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños víctimas del maltrato físico infantil y el grupo de niños que no han sido víctimas de maltrato, en cuanto a, la presencia de depresión y el nivel de maduración.

7.3 Variables

Variable independiente

*Maltrato Físico.

Definición conceptual: El maltrato físico se define como la presencia no accidental de lesiones en el niño, producidas por el comportamiento violento del padre o la madre (Wolfe, Kaufman, Aragona y Sandler, 1991) a través de castigos

intensos y continuos. Entre las conductas violentas pueden citarse los jalones, los golpes y las quemaduras (Reid, Lorber y Felton, 1984).

Definición operacional: Niños que hayan sido golpeados durante el último año con una frecuencia mínima de una vez al mes (datos reportados por el padre, la madre, el maestro o el niño) y que muestran fácilmente heridas externas observables (fracturas, quemaduras, cicatrices, moretones).

Variables Dependientes

*Depresión.

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

Cytrin y Mcknew en 1974, Raskin en 1977 y López – Ibor en 1982 citados en Bricklin y Bricklin (1988) consideran la Depresión infantil como una forma sumergida o “Depresión enmascarada”, manifestando otros síntomas que no son sintomatología depresiva como la hiperactividad, desobediencia, delincuencia, fobias, quejas somáticas, irritabilidad, bajo rendimiento escolar, preocupación por la muerte y enfermedades y dificultades en la expresión de la agresividad, etc.

Definición operacional: Puntajes obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) de Lang y Tisher (1978) y validado en México por Cruz, Morales y Ramírez (1996).

*Nivel de Maduración.

Definición conceptual: El estado de maduración de las funciones mentales de un individuo con respecto al esperado para su edad (Koppitz, 1973).

Definición operacional: Suma de indicadores esperados, omitidos y excepcionales del Dibujo de la Figura Humana según el método de Koppitz (1973), normalizado en México por Llanes y Sil Pozos (2000). La puntuación total corresponde al nivel de maduración y se interpreta de acuerdo a los siguientes parámetros:

- 7 a 8 puntos corresponde a un nivel normal alto a superior.
- 6 puntos corresponden a un nivel normal a alto.
- 5 puntos corresponden a un nivel normal.
- 4 puntos corresponden a un nivel normal a normal bajo.
- 3 puntos corresponden a un nivel normal bajo.
- 2 puntos corresponden a un nivel bajo.
- 1 o 0 puntos corresponde a un nivel inferior.

7.4 Participantes

El estudio se realizó en dos grupos de 30 sujetos cada uno conformados por niños y niñas entre 8 y 11 años de edad: grupo de niños que hayan sido golpeados durante mínimo un año y una vez al mes antes de la realización de este estudio, estos niños fueron reclutados en la Clínica de Prevención del Maltrato a la Niñez (PREMAN) del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del municipio de Naucalpan, y el grupo control reclutados de la escuela primaria pública "Heroico Colegio Militar", ubicada en el mismo municipio, ambos en el Estado de México.

Para seleccionar a los niños víctimas de maltrato físico infantil, se realizó una entrevista a las mujeres que solicitaron atención en la clínica PREMAN por agresión de sus cónyuges y posteriormente se entrevistó a sus hijos para corroborar la información que se había obtenido.

Los criterios de inclusión para el grupo control fueron que el niño no proviniera de un ambiente familiar agresivo. Este criterio fue controlado por medio de la utilización de las subescalas de cohesión, expresividad y conflicto familiar de la Escala de Ambiente Social Familiar de Moos (1974), la cual fue contestada por

uno de los padres o familiar cercano al niño. El puntaje que se utilizó para descartar agresión familiar fue que las subescalas de cohesión y expresividad tuvieran un puntaje bruto elevado (8 y 7 puntos) y la subescala de conflicto tuviera un puntaje bruto bajo (2 puntos). Los datos obtenidos por medio de esta escala fueron corroborados por medio de una entrevista al menor.

7.5 Muestreo

Los sujetos se seleccionaron por medio de un muestreo intencional no probabilístico. Este tipo de muestreo se utiliza cuando el investigador determina como variable criterio, sujetos típicos o característicos de una población, es decir, que se deben cubrir con los requisitos establecidos para poder participar en la investigación y por tanto no todas las personas tienen la misma probabilidad de ser elegidas (Zinser,1987).

7.6 Tipo de estudio

Estudio confirmatorio de campo, ya que la variable independiente (maltrato físico) ya ocurrió, es decir, no fue manipulada por el experimentador; a demás de que se determino si existía o no relación entre las variables dependientes (depresión y nivel de maduración) para cada grupo.

7.7 Diseño

Ex – post facto de grupos correlacionados; con lo que se pretendió evaluar la relación entre la depresión y el nivel de maduración en los niños víctimas de maltrato físico, y de niños que no han sido víctimas de maltrato físico infantil.

7.8 Instrumentos

Se utilizaron el test del Dibujo de la Figura Humana (Koppitz 1973), el Cuestionario de Depresión Infantil (Lang y Tisher, 1978) y las subescalas de cohesión, expresividad y conflicto familiar de la Escala de Ambiente Social Familiar (Moos, 1974).

Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH). Esta prueba, calificada a través de la técnica de Elizabeth Koppitz, es de las técnicas más valiosas para evaluar a los niños, puesto que puede utilizarse como prueba de maduración y como técnica proyectiva, además de que es una actividad atractiva para los niños. Cabe señalar que el DFH refleja principalmente el funcionamiento del niño y no sus potencialidades.

Kellogs (1959, en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999) observó que la estructura del dibujo de un niño pequeño determina su edad y nivel de maduración, mientras que el estilo del dibujo refleja sus actitudes y aquellas preocupaciones que son más importantes para él en ese momento.

Koppitz (1973) considera que los DFH reflejan el estadio actual de desarrollo mental además de las actitudes y preocupaciones en un momento dado, lo que puede cambiar con el tiempo gracias a la maduración y a la experiencia. Además, desarrolló un sistema para analizar y tabular el DFH en niños de 5 a 12 años como prueba evolutiva de maduración y como prueba proyectiva de aspectos emocionales de los niños. Esta autora diseñó y estandarizó en Estados Unidos sistemas de puntuación para ambas evaluaciones.

El DFH puede administrarse individual o colectivamente. La administración individual es preferible, ya que permite observar la conducta del niño cuando dibuja y efectuar preguntas aclaratorias si es necesario. Al momento de la aplicación, el examinador debe sentar al niño frente a un escritorio o mesa libre de objetos, presentarle una hoja de papel en forma vertical, un lápiz del No. 2 y una

goma de borrar. Posteriormente se le proporciona la siguiente instrucción: "Quiero que en esta hoja dibujes una persona completa. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa, y no una caricatura o una figura hecha con palitos". No hay tiempo límite para la aplicación en esta prueba. El niño puede borrar las veces que lo desee, cambiar el dibujo o voltear la hoja si así lo quiere.

Koppitz analiza los dibujos con base en dos tipos diferentes de signos objetivos: un conjunto de estos signos se relaciona con la edad y el nivel de maduración (indicadores de desarrollo o evolutivos), y el segundo que se relaciona con las actitudes y preocupaciones del niño (indicadores emocionales).

Koppitz definió a los indicadores evolutivos como: aquellos que "se dan sólo en relativamente pocos DFH de niños ubicados en un nivel de edad menor y que luego aumenta en frecuencia a medida que aumenta la edad de los niños, hasta convertirse en una característica regular de muchos o la mayoría de los DFH de un nivel dado".

Koppitz como Goodenough coinciden en que la presencia de éstos indicadores se relaciona con la edad y maduración del niño y no con la aptitud para el dibujo.

Una vez obtenidos los indicadores se hace una tabulación asignando un punto a cada indicador presente. Se pueden dar indicadores esperados (para su edad) o excepcionales (no son comunes para la edad del niño). Siempre se comienza con un número constante, el 5, para que la suma no resulte negativa. Los indicadores esperados que no aparecen se puntúan con -1 mientras que a los indicadores excepcionales se les otorga una puntuación de + 1. Sobre la base de lo anterior, las puntuaciones pueden variar de la siguiente manera:

| Puntuación | Indicadores esperados | Indicadores excepcionales |
|-------------------|------------------------------|----------------------------------|
| 8 | todos presentes | 3 presentes |
| 7 | todos presentes | 2 presentes |
| 6 | todos presentes | 1 presente |
| 6 | 1 omitido | 2 presentes |
| 5 | todos presentes | ninguno presente |
| 5 | 1 omitido | 1 presente |
| 4 | 1 omitido | ninguno presente |
| 4 | 2 omitidos | 1 presente |
| 3 | 2 omitidos | ninguno presente |
| 2 | 3 omitidos | ninguno presente |
| 1 | 4 omitidos | ninguno presente |
| 0 | 5 o más omitidos | ninguno presente |

Con este método de tabulación del DFH se puede evaluar de manera rápida el nivel de madurez mental, pero las puntuaciones obtenidas no se pueden considerar como equivalentes al CI.

La confiabilidad de la calificación asignada a los DFH para los indicadores evolutivos y emocionales la estableció la Dra. Elizabeth Koppitz con la ayuda de la Dra. Mary Wilson. Se evaluaron de manera independiente los DFH en 10 niños de segundo grado y 15 niños con problemas de conducta o de aprendizaje. Las doctoras verificaron en cada uno de los dibujos la presencia o ausencia de los indicadores evolutivos y emocionales. Para los 25 dibujos examinados se encontró un total de 467 reactivos diferentes. De éstos, 444, es decir 95 por ciento de los indicadores calificados, los asignaron ambas psicólogas, mientras que 23 indicadores, 5 por ciento únicamente los consideró una de las dos investigadoras. En 10 de los DFH hubo un total acuerdo en la calificación asignada, mientras que

en 15 de los DFH, las examinadoras difirieron por sólo 1 o 2 puntos. De aquí se concluyo que la confiabilidad era adecuada (Esquivel, Heredia y Lucio, 1999).

Esquivel, Heredia y Lucio (1999) indican que en un estudio que se realizó con población mexicana Heyerdal en 1979 encontró muchos de los indicadores de desarrollo esperados propuestos por Koppitz, pero en cuanto a los indicadores excepcionales del desarrollo que según Koppitz deben disminuir conforme aumenta la edad, encontró que esto no ocurre en la población femenina mexicana.

Barocio y de la Teja (1980, citado por Esquivel, Heredia y Lucio, 1999) compararon en su conjunto, individualmente y por categorías en cada nivel de edad, y aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de los indicadores en todas las edades que, según las autoras, remiten a diferencias interculturales, la categoría de indicadores esperados se mantuvo en todas las edades, excepto a los 12 años. Las diferencias interculturales fueron mínimas a los 6 años y se incrementaron con la edad. Las autoras argumentan, con base en sus resultados, que en el nivel de maduración de los niños mexicanos es similar al de la muestra normativa de Koppitz, pero la presentación de indicadores excepcionales en el niño mexicano es más tardía.

Llanes y Sil Pozos (2000) llevaron a cabo la normalización del instrumento del DFH con el fin de obtener normas para la población de niños del Distrito Federal, encontrando que de acuerdo con el sistema de puntuación propuesta por su técnica se derivan los mismos 30 indicadores evolutivos los cuales se dividen en cuatro categorías:

- 1) Esperados: incluye aquellos que se presentan en más del 86 por ciento.
- 2) Comunes: incluye aquellos que se presentan en más del 51 y el 85 por ciento.
- 3) Bastante comunes: incluye aquellos que se presentan en más del 16 al 50 por ciento.
- 4) Excepcionales: incluye aquellos que se presentan del 15 por ciento o menos.

Dependiendo la edad y sexo de cada niño (a), los ítems se colocan de diferente manera en cada una de las categorías.

A llevarse a cabo la investigación observaron que los criterios de calificación elaborados por E. Koppitz no eran los adecuados para nuestra población, ya que el desarrollo y nivel de maduración están influidos por varios factores:

- a) Factores genéticos y factores congénitos que influyen las potencialidades biológicas con que nace el niño.
- b) El mundo en que nace, el cual influirá en su interacción en su campo vital, que va desde el ambiente social y cultural en que se desarrolla.
- c) Otro punto importante, es que la normalización que llevo a cabo E. Koppitz fue realizada en 1959, lo que influye notablemente en éstos años transcurridos, ya que el desarrollo del niño es más acelerado, la estimulación es mayor en cuanto al medio ambiente (televisión, radio, computación, bibliotecas, hemerotecas, museos, etc.), el núcleo familiar (estimulación, comunicación, mayor enseñanza hacia la independencia del niño), ambiente escolar (mayor conocimiento de cómo estimular para lograr una mayor maduración en el niño, más comunicación y confianza hacia el maestro).

Llanes y Sil Pozos (2000) concluyeron que las calificaciones típicas y las normas realizadas por E. Koppitz no eran adecuadas para la población del Distrito Federal por lo que modificaron algunos ítems dentro de su respectiva categoría de acuerdo al porcentaje de presencia en la población que manejaron, quedando las puntuaciones iguales a las planteadas por Koppitz.

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS): La escala original "Childrens Depression Scale (CDS) fue elaborada en Australia por M. Lang y M. Tisher, en 1978; posteriormente se llevó a cabo una adaptación Mexicana por Cruz, Morales y Ramírez en la Facultad de Psicología de la UNAM en 1996, con el propósito de dar una intervención temprana para los niños de la población mexicana.

El CDS puede administrarse de forma individual o colectiva, en niños de entre 8 a 14 años, y la duración de aplicación puede variar de entre 30 y 40 minutos, evaluando en forma global y específica la depresión en los niños.

En Australia Tisher y Lang se interesaron en estudiar una muestra de niños con grave rechazo escolar y compararlo con un grupo control de niños que asistían con regularidad. Como no se disponía de ninguna escala de depresión infantil, decidieron construir una. El primer paso consistió en elaborar una definición amplia de la depresión infantil. Se llegó a ella después de sintetizar los aspectos que en la literatura se reseñan como parte de la sintomatología de la depresión infantil:

1. Respuesta afectiva.-- Sentimientos de tristeza e infelicidad, llanto (Despert, 1952; Frommer, 1967; Harrington y Hassan, 1958; Poznanski y Zrull, 1970 y Usakov y Girch, 1971; cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996).
2. Autoconcepto negativo.-Sentimientos inadecuados y baja autoestima, inutilidad, minusvalía, indefensión, imposibilidad de ser querido (Sandler y Joffe, 1965; Poznanski y Zrull 1970; cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996).
3. Disminución del impulso y de la productividad mental.--Aburrimiento, retraimiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer, incapacidad para aceptar ayuda o consuelo, lentificación motora (Sandler y Joffe, 1965; Stack, 1971; Ushakov y Girich, 1971; cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996).
4. Problemas psicósomáticos.--Dolores de cabeza, dolores abdominales, insomnio u otras alteraciones del sueño (Agras, 1959; Poznanski y Zrull, 1970; . Ling y Col., 1970; Stack, 1971; Kunh y Kunh, 1972; cit por Cruz, Morales y Ramírez, 1996).
5. Preocupación por la muerte y la enfermedad en uno mismo o en los demás, pensamientos suicidas, sentimientos de pérdida real o imaginaria (Agras, 1959; Frommer, 1967; Poznanski y Zrull 1970; Ushakov y Girich, 1971; cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996; cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996).
6. Dificultades en el área de agresividad.--irritabilidad, crisis de mal genio (Frommer, 1967; Poznanski y Zrull 1970; Stack, 1971; cit. por Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

Con el objetivo final de construir a CDS, se consideró que estos aspectos constituirían una definición de la depresión infantil y al desarrollar la escala se intentó incluir ítems pertenecientes a todos estos aspectos.

Se crearon ítems a partir de un examen detallado de los contenidos de registros psicoterapéuticos, registros de completamiento del TAT de niños clínicamente deprimidos, así como descripciones de fenómenos y experiencias depresivas parecidas en la literatura. Al formular los ítems el objetivo era describir la experiencia del niño deprimido de modo que pudiera reconocer los sentimientos o actitudes descritos en el ítem si es que forma parte de su experiencia.

Estos ítems fueron administrados en el momento de construir la escala a un grupo de niños en tratamiento. Se les pidió posteriormente que comentaran, modificaran o sugirieran nuevos ítems.

Con ayuda de criterios lógicos en la escala original fueron agrupados 66 elementos en subescalas que cubrieran muchas de las características de la depresión en los niños. En realidad estas subescalas son similares a los conceptos incluidos en la definición dada. También procuraron que las escalas tuvieran el mismo número de elementos.

Estos 66 elementos se agruparon en dos conjuntos: Positivos y Depresivos, los cuales se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total Depresivo y Total Positivo (TD y TP respectivamente).

Dentro de cada una de estas dos dimensiones agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, las cuales se describen a continuación.

Total Depresivo (TD). Incluye 6 subescalas que son:

1. Respuestas Afectivas (RA).-- Incluye 8 ítems. Alude al estado de humor por los sentimientos del sujeto.
2. Problemas Sociales (PS).-- Incluye 8 ítems. Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
3. Autoestima (AE).-- Incluye 8 ítems. Se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

4. Preocupación por la Muerte (PM).--incluye 7 ítems. Alude a los sueños y fantasías del niño en relación con la enfermedad y muerte propia.
5. Sentimientos de Culpabilidad: (SC).-- Incluye 8 ítems. Se refiere a la auto punición del niño.
6. Depresivos Varios (DV).-- Incluye 9 ítems. Son aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una identidad.

Total Positivo (TP). Incluye dos subescalas:

1. Ánimo Alegre (AA).-- Incluye 8 ítems. En su inverso alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o a su incapacidad para experimentarla.
2. Positivo Varios (PV).-- Incluye 10 ítems. Se refiere a aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una identidad. Todas las subescalas son muy importantes para poder especificar e interpretar una determinada puntuación total positiva o depresiva puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras.

Todas estas subescalas son muy interesantes para poder especificar e interpretar una determinada puntuación total positiva o depresiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras.

Considerando la importancia de contar con instrumentos necesarios que sirvan de apoyo para dar un diagnóstico fiable y con el propósito de dar una intervención temprana se realizó la adaptación del Cuestionario de Depresión para niños (CDS) para la población mexicana entre los 8 y 14 años de edad. La prueba se normalizó y validó con una muestra de 1250 sujetos que cursaban de 3° a 6° grado de primaria en el Distrito Federal. El resultado mostró que la prueba es confiable, se comprobó a través de dos métodos alpha de Cronbach y test – retest obteniéndose el coeficiente de .85, estableciéndose norma de calificación para la población mexicana (Cruz, Morales y Ramírez, 1996).

El cuestionario de depresión infantil (CDS) es idealmente un instrumento de aplicación grupal, es un instrumento que pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas. Por otra parte, dado que el CDS

tiene capacidad de llegar hasta la depresión del niño, tiene también muchas implicaciones terapéuticas pues muchos niños tienen dificultad para verbalizar sus sentimientos y encontraban mucha ayuda en el hecho de que estos sentimientos estaban ya redactados para ellos en el CDS, que se habían presentado, en otros niños y que no era malo expresarlos; en consecuencia, todo esto facilita su apertura y sinceridad.

Se recomienda que el CDS sea introducido a los examinados de una manera amistosa y sin prisas. Las instrucciones verbales que vienen a continuación deben ser tomadas sólo como una guía para la aplicación, y el examinador debe utilizar su juicio para adecuarlas a la situación y sujetos concretos.

Una vez que los sujetos disponen de una hoja de respuestas y que se han anotado en la cabecera los datos de identificación se debe decir:

"Otros niños han contestado las frases que están descritas en el cuestionario, sólo es para saber cómo piensan o cómo se sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en las frases, y ustedes van a contestar en la hoja de respuestas, rellenando uno de los circulitos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las 5 opciones: "Muy de acuerdo" si lo que dice la frase les gusta mucho, "De acuerdo" si lo que dice la frase les gusta poco, "No estoy seguro" si no saben si les gusta, o no, lo que dice la frase; si no les gusta lo que dice la frase, marcarán el círculo "En desacuerdo", y si no les gusta para nada la frase, marcarán "Muy en desacuerdo". Posteriormente se contesta en forma grupal el ejemplo B que dice "Me gusta ir a los museos" pidiendo a los niños verbalizar su respuesta según lo que ellos piensan y así mostrar al grupo que cada uno puede elegir una respuesta diferente.

Al comenzar la aplicación del CDS (versión mexicana) a cada niño se le entrega:

- ★ Una hoja de ejemplo
- ★ El cuestionario
- ★ Hoja de respuestas

Si durante el desarrollo del examen, surge alguna pregunta, el examinador puede contestarla en forma de que no influya en el resto de la prueba ni en los demás examinados. Casi siempre es suficiente contestar con un "simplemente intenta contestar según lo que sientes o piensas en este momento sobre la frase".

Una vez terminada la lectura de los elementos, se recogerán las hojas de respuestas comprobando si cada niño ha contestado a todas las frases y están anotados los datos de identificación; en el caso contrario, conviene pedir al niño que cumpla con éstos y, si hubiera elementos dejados en blanco, se le pueden volver a leer las frases correspondientes para que las conteste.

Este examen es muy apropiado para recoger observaciones y datos sobre la conducta del niño durante el examen sobre todo para la aplicación individual.

Para la corrección y obtención de puntuaciones directas cada elemento se puntúa en una escala de 1-5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde "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 A.A. y P.V.) se logra que todos ellos apunten hacia la depresión.

Al calificar el CDS se obtiene la puntuación que va de 5 a 1, siendo para "Muy de acuerdo" 5, para "De acuerdo" 4, "No estoy seguro" 3, "En desacuerdo" 2 y "Muy en desacuerdo" 1, punto para cada uno de los reactivos.

Para obtener el puntaje crudo de cada subescala se suma el puntaje obtenido de los reactivos que la conforman.

Escala de depresión:

RA Respuestas Afectivas (reactivos 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58).

PA Problemas Sociales (reactivos 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59).

AE Autoestima (reactivos 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52).

PM Preocupación por la Muerte-Salud (reactivos 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53).

SC Sentimientos de Culpabilidad (reactivos 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61).

DV Depresivos Varios (reactivos 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 66).

Escala positiva:

AA Animo - Alegría (reactivos 1, 9, 17,,25, 33, 41, 49, 57).

PV Positivo Varios (reactivos 8, 16, 24, 32, 42, 48, 56, 63, 64, 65).

Posteriormente se obtiene la suma de los puntajes de las subescalas que conforman la escala Total Positivo y Total Depresivo por separado.

Con cada uno de los puntajes crudos de las subescalas y escalas, se ubicarán en un puntaje percentilar, pudiendo establecer una comparación intergrupo, intersexos e interedad para cada sujeto.

Para hacer una interpretación de los puntajes percentilares se utiliza la desviación estándar para describir la dispersión de los individuos por encima o por abajo de la media. Las desviaciones de dos o más unidades estándar de la media se consideran extremas, según corresponda de acuerdo a las características contenidas en cada subescala.

Una vez obtenidos los puntajes de las subescalas deberán anotarse en la hoja del perfil, posteriormente se gráfica la puntuación en bruto a percentiles.

Subescalas de Cohesión, Expresividad y Conflicto familiar de la Escala de Ambiente Social Familiar. Las subescalas están conformadas de 27 preguntas cerradas verdadero – falso, las cuales evalúan tres áreas de la relación familiar: 1) cohesión o grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí; 2) expresividad o grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos; y 3) conflicto o grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y el contacto entre los miembros de la familia. En la

estandarización de la escala se encontró la siguiente confiabilidad test – retest en las diferentes subescalas: en la de cohesión .86, en la de expresividad .73 y en la de conflicto .86. La validez interna del instrumento es variable.

La calificación se realiza por medio de plantillas que proporcionan un puntaje bruto, el cual por medio de tablas se convierte en un puntaje escalar. Esta escala proporciona el nivel de conflicto y agresión en las relaciones familiares. El criterio que se utilizará para descartar agresión familiar será que las subescalas de cohesión y expresividad tenga un puntaje bruto elevado (8 y 7 puntos) y la subescala de conflicto tenga un puntaje bruto bajo (2 puntos) (Hernández y Rodríguez, 2000).

7.9 Procedimiento

Los sujetos se seleccionaron bajo los criterios que se requerían para cada grupo. Para el grupo de niños víctimas de maltrato físico infantil, el maltrato debió haber comenzado un año antes de la realización del estudio con una frecuencia mínima de una vez al mes y de que las lesiones físicas sean fácilmente observables; para obtener la muestra se acudió a la Clínica PREMAN del DIF de Naucalpan, donde se solicitaron los sujetos necesarios para realizar la investigación.

En la Clínica de Maltrato al menor del municipio de Naucalpan se revisaron los expedientes de los niños maltratados con el fin de saber quienes de ellos cumplían con los criterios de inclusión establecidos en el estudio. A los padres que acompañaban al niño se les entrevistaba en forma privada sobre la frecuencia y tiempo de maltrato, con la finalidad de confirmar la información contenida en los expedientes de los niños.

Para obtener el grupo control se acudió a la escuela primaria “Heroico Colegio Militar”, se solicitó a los padres de 60 niños su participación voluntaria en un estudio sobre la familia. Si los padres aceptaban se les aplicaba ya sea a alguno de los padres o a algún familiar cercano, las subescalas de cohesión, expresividad y conflicto familiar de la Escala de Ambiente Social Familiar, con el

fin de determinar que niños cubrían los criterios de inclusión para pertenecer al grupo control. Posteriormente, se llevaba a cabo una entrevista individual con el niño que en la prueba aplicada a sus padres, obtuvieran puntajes que indicaban conflicto familiar según las escalas aplicadas, con el fin de corroborar la información que se obtenía de la prueba; si se confirmaba la información y estos niños presentaban una edad equivalente a los niños víctimas de maltrato físico se incluían en el grupo control.

Se trabajo individualmente y durante una sola sesión de aproximadamente una hora.

Los instrumentos se aplicaron en forma individual y en el siguiente orden: el test del Dibujo de la Figura Humana y el Cuestionario de Depresión Infantil. La aplicación se llevo a cabo en un cubículo de la clínica PREMAN del DIF, para los niños que eran victimas de maltrato físico, y en un salón de usos múltiples de la escuela primaria, para el grupo control.

En el test del Dibujo de la Figura Humana se le proporcionó al niño una hoja blanca tamaño carta, un lápiz del N° 2 y una goma, y se le dio la siguiente instrucción:

"Quiero que en esta hoja dibujes una persona completa. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa y no una caricatura o una figura hecha con palitos".

Cuando el niño termino de dibujar se le retiro la hoja y se procedió a darle las instrucciones del Cuestionario de Depresión Infantil, una vez que el niño tenía una hoja de respuestas y que había anotado en la cabecera sus datos de identificación se le dijo lo siguiente:

"Otros niños han contestado las frases que están descritas en el cuestionario, sólo es para saber cómo piensas o cómo te sientes, si estás de acuerdo o no sobre lo que se dice en las frases, y tu vas a contestar en la hoja de respuestas, rellenando uno de los circulitos que hay a la derecha de cada número, escogiendo una de las 5 opciones: "Muy de acuerdo" si lo que dice la frase te gusta mucho, "De acuerdo" si lo que dice la frase te gusta poco, "No estoy seguro" si no sabes si te gusta, o no, lo que dice la frase; si no te gusta lo que dice la frase, marcarás el circulo "En

desacuerdo", y si no te gusta para nada la frase, marcarás "Muy en desacuerdo". Posteriormente se contesto el ejemplo B que dice "Me gusta ir a los museos" pidiendo al niño verbalizar su respuesta según lo que él piensa y así mostrarle que podía elegir una respuesta diferente.

Una vez que se obtuvieron todas las pruebas de ambos grupos (víctimas de maltrato y control) se procedió a la calificación de cada prueba de acuerdo al manual respectivo de cada una de ellas, para posteriormente aplicar el análisis estadístico a los datos.

7.10 Análisis estadístico de datos

Primeramente se utilizó estadística descriptiva para explicar la distribución de las variables en los dos grupos de estudio; porcentajes, mediana y rango intercuartil.

Para confirmar o rechazar las hipótesis planteadas se utilizó estadística no paramétrica. Se aplicó la prueba de correlación de Spearman para correlacionar el nivel de maduración y la depresión por medio de los puntajes del CDS y del DFH para cada grupo.

También se aplicó la prueba de "U" de Mann – Whitney para establecer si existían diferencias significativas entre los grupos para complementar la información.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

El análisis de datos consistió, primeramente, en la aplicación de estadística descriptiva para identificar las características generales de los sujetos que conformaron los dos grupos que participaron en la investigación: grupo de niños víctimas de maltrato físico infantil y grupo de niños que no han sido víctimas de maltrato físico infantil.

El porcentaje de niños y niñas en cada grupo se presenta en la Tabla 1. En la Tabla 2 se muestra la edad promedio de los niños y su distribución (Tabla 3) en cada grupo y en la Tabla 4 se muestra la distribución del grado escolar. Como se puede observar en estos datos el porcentaje por sexo, edad y grado escolar promedio de los niños en cada grupo son similares, por lo que se puede afirmar que los tres grupos son homogéneos de acuerdo a estas variables.

Tabla 1. Porcentaje de niñas y niños en cada grupo, los valores absolutos se presentan en paréntesis.

| GRUPO | NINAS % | NINOS % |
|----------------|-----------|-----------|
| Maltratados | 46.66(14) | 53.33(16) |
| No maltratados | 53.33(16) | 46.66(14) |

Tabla 2. Edad promedio de los niños en cada grupo.

| GRUPO | EDAD (X) |
|----------------|----------|
| Maltratados | 10.07 |
| No maltratados | 9.2 |

Tabla 3. Distribución de la edad de los niños por grupo, los valores absolutos se presentan en paréntesis.

| GRUPO | EDAD | | | |
|----------------|----------|----------|-----------|-----------|
| | 8 Años % | 9 Años % | 10 Años % | 11 Años % |
| Maltratados | 6.6 (2) | 26.6 (8) | 20 (6) | 46.6(14) |
| No maltratados | 20 (6) | 50 (15) | 20 (6) | 10 (3) |

Tabla 4. Distribución del grado escolar de los niños por grupo, los valores absolutos se presentan en paréntesis.

| GRUPO | GRADO ESCOLAR | | |
|----------------|---------------|----------|----------|
| | 4° % | 5° % | 6° % |
| Maltratados | 46.7 (14) | 23.3 (7) | 30.0 (9) |
| No maltratados | 70 (21) | 20 (6) | 10 (3) |

El promedio del nivel de maduración de los niños por grupo se muestra en la Tabla 5. Los resultados revelan que el puntaje de maduración más alto se encuentra en los niños del grupo control (niños que no han sido víctimas de maltrato físico infantil); mientras que se observó un puntaje más bajo en los niños víctimas de maltrato colocándolos a un nivel menor de maduración con respecto al grupo control. Se obtuvieron los promedios de los puntajes obtenidos del nivel de maduración, por edad, sexo y grado escolar no encontrando diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 9,10 y 11, en anexo).

Tabla 5. Comparación del promedio de los puntajes de la prueba de la Figura Humana (Maduración) entre los dos grupos.

| GRUPO | PUNTUACIÓN PROMEDIO DE MADURACIÓN FIGURA HUMANA (x) |
|----------------|---|
| Maltratados | 2.93 |
| No maltratados | 5.33 |

Con respecto a la escala de Depresión el promedio del puntaje bruto y el percentil correspondiente se muestra en la Tabla 6, se presenta el promedio de cada una de las subescalas particulares (respuestas afectivas, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimientos de culpabilidad, depresivos varios; animo alegre, positivos varios) y las dos subescalas generales independientes (total depresivo y total positivo), del Cuestionario de Depresión

Infantil (CDS). Se puede observar que el grupo de niños víctimas de maltrato obtuvieron puntajes más altos en las subescalas depresivas y puntajes más bajos en las subescalas positivas, mientras que los niños del grupo control (niños que no han sido víctimas de maltrato) obtuvieron puntajes mayores en las subescalas positivas y menores puntajes en las subescalas depresivas.

Tabla 6. Comparación del promedio de puntaje bruto y percentil correspondiente a cada subescala del CDS entre los dos grupos

| SUBESCALA | NIÑOS MALTRATADOS | | NIÑOS NO MALTRATADOS | |
|-----------------------------------|-------------------|-----------|----------------------|-----------|
| | Puntaje Bruto | Percentil | Puntaje Bruto | Percentil |
| Total Depresivo (D) | 167.7 | 75 | 128.57 | 25 |
| Respuestas Afectivas (RA) | 27 | 70 | 18.7 | 30 |
| Problemas Sociales (PS) | 28.9 | 70 | 23.7 | 40 |
| Autoestima (AE) | 24.4 | 40 | 17.5 | 20 |
| Preocupación por la Muerte (PM) | 25.9 | 80 | 18.47 | 30 |
| Sentimientos de Culpabilidad (SC) | 30.5 | 70 | 23.8 | 30 |
| Depresivos Varios (DP) | 31.73 | 50 | 27.27 | 20 |
| Total Positivo (P) | 62 | 20 | 76.4 | 80 |
| Animo Alegre (AA) | 28.6 | 30 | 34.73 | 75 |
| Positivos Varios (PV) | 34.0 | 30 | 41.67 | 80 |

Se puede observar en la Figura 1 que en el grupo de niños maltratados los percentiles de las subescalas depresivas quedan por arriba de la media esperada para esta población, a excepción de la subescala de Autoestima (AE), mientras que las subescalas positivas quedaron debajo de la media. En la subescala de Autoestima (AE) el percentil queda por debajo de la media esperada, lo que nos indica que el grupo de niños víctimas de maltrato físico de la muestra para esta investigación, cuentan con cierta cantidad de amor por ellos y lo que forma parte de ellos;

Figura 1. Perfil del CDS para el grupo de niños víctimas de maltrato físico infantil.
 + subescalas depresivas, + subescalas positivas

| PERCENTIL | AA | RA | PS | AE | PM | SC | DV | PV | D | P | PERCENTIL |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-----------|
| 99 | 40 | 35-38 | 37-39 | 37-38 | 31-33 | 37-39 | 42-45 | 47-49 | 200-217 | 83-86 | 99 |
| 95 | 39 | 31-34 | 35-36 | 34-36 | 29-30 | 35-36 | 40-41 | 45-46 | 193-199 | 81-84 | 95 |
| 90 | 37 | 30-33 | 32-34 | 31-33 | 27-28 | 33-34 | 38-39 | 43-44 | 180-192 | 77-80 | 90 |
| 80 | 36 | 29 | 31 | 30 | 26 | 32 | 37 | 42 | 175-179 | 75-76 | 80 |
| 75 | 35 | 28 | 30 | 29 | 25 | 31 | 36 | 41 | 167-174 | 74 | 75 |
| 70 | 34 | 26-27 | 28-29 | 28 | 24 | 19-30 | 34-35 | 40 | 155-166 | 71-73 | 70 |
| 60 | 33 | 24-25 | 26-27 | 26-27 | 22-23 | 27-28 | 33 | 38-39 | 147-154 | 69-70 | 60 |
| 50 | 32 | 23 | 25 | 25 | 21 | 26 | 32 | 37 | 146 | 68 | 50 |
| 40 | 30-31 | 20-22 | 23-24 | 22-24 | 19-20 | 25 | 30-31 | 36 | 138-145 | 66-67 | 40 |
| 30 | | 19 | 22 | 21 | 18 | 23-24 | 29 | | 133-137 | 64-65 | 30 |
| 25 | 28 | 18 | 21 | 20 | 17 | 22 | 28 | 33 | 128-132 | 63 | 25 |
| 20 | 26-27 | 15-17 | 17-20 | 17-19 | 15-16 | 19-21 | 25-27 | 30-32 | 111-127 | | 20 |
| 10 | 24-25 | 12-14 | 15-16 | 15-16 | 12-14 | 16-18 | 22-24 | 27-29 | 110 | 57-60 | 10 |
| 5 | 0-23 | 0-11 | 0-14 | 0-14 | 0-11 | 0-15 | 0-21 | 0-26 | 0-109 | 0-56 | 5 |

Por otro lado, en la Figura 2 se observa que en el grupo control (niños que no han sido víctimas de maltrato), los percentiles de las subescalas depresivas quedan por debajo de la media y las subescalas positivas por arriba de esta, siendo esto opuesto a lo encontrado en el grupo de niños víctimas de maltrato físico infantil.

Figura 2. Perfil del CDS para el grupo control.
 + subescalas depresivas, + subescalas positivas

| PERCENTIL | AA | RA | PS | AE | PM | SC | DV | PV | D | P | PERCENTIL |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-----------|
| 99 | 40 | 35-38 | 37-39 | 37-38 | 31-33 | 37-39 | 42-45 | 47-49 | 200-217 | 83-86 | 99 |
| 95 | 39 | 31-34 | 35-36 | 34-36 | 29-30 | 35-36 | 40-41 | 45-46 | 193-199 | 81-84 | 95 |
| 90 | 37 | 30-33 | 32-34 | 31-33 | 27-28 | 33-34 | 38-39 | 43-44 | 180-192 | 77-80 | 90 |
| 80 | 36 | 29 | 31 | 30 | 26 | 32 | 37 | | 175-179 | | 80 |
| 75 | | 28 | 30 | 29 | 25 | 31 | 36 | 41 | 167-174 | 74 | 75 |
| 70 | 34 | 26-27 | 28-29 | 28 | 24 | 19-30 | 34-35 | 40 | 155-166 | 71-73 | 70 |
| 60 | 33 | 24-25 | 26-27 | 26-27 | 22-23 | 27-28 | 33 | 38-39 | 147-154 | 69-70 | 60 |
| 50 | 32 | 23 | 25 | 25 | 21 | 26 | 32 | 37 | 146 | 68 | 50 |
| 40 | 30-31 | 20-22 | 23-24 | 22-24 | 19-20 | 25 | 30-31 | 36 | 138-145 | 66-67 | 40 |
| 30 | 29 | 19 | 22 | 21 | 18 | 23-24 | 29 | 34-35 | 133-137 | 64-65 | 30 |
| 25 | 28 | 18 | 21 | 20 | 17 | 22 | 28 | 33 | 128-132 | 63 | 25 |
| 20 | 26-27 | 15-17 | 17-20 | 17-19 | 15-16 | 19-21 | 25-27 | 30-32 | 111-127 | 61-62 | 20 |
| 10 | 24-25 | 12-14 | 15-16 | 15-16 | 12-14 | 16-18 | 22-24 | 27-29 | 110 | 57-60 | 10 |
| 5 | 0-23 | 0-11 | 0-14 | 0-14 | 0-11 | 0-15 | 0-21 | 0-26 | 0-109 | 0-56 | 5 |

Diferencias entre niños víctimas de maltrato y niños no maltratados

Al aplicar la prueba "U" de Mann Whitney para determinar si existen diferencias significativas entre los dos grupos, grupo de niños víctimas de maltrato y grupo control(niños que no han sido víctimas de maltrato), en cuanto al nivel de maduración(Figura Humana) y la presencia de depresión (subescalas del CDS), se observaron diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0.01 en todos los casos.

Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 7 para el nivel de maduración y la Tabla 8 para la presencia de depresión.

Tabla 7. "U" de Mann Whitney en el nivel de maduración, significativo aun nivel de 0.0001.

| MADURACION FIGURA HUMANA | |
|-----------------------------|--------|
| U= | 19.500 |
| Z= | -6.497 |
| P< | 0.0001 |

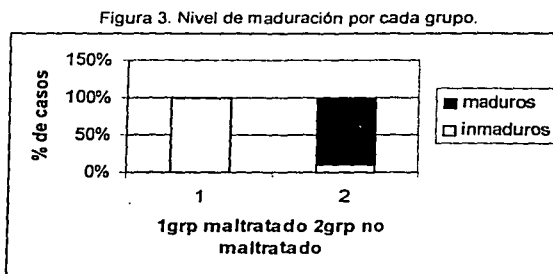
Tabla 8. "U" de Mann Whitney en las subescalas del CDS, todos significativos a un nivel de 0.0001.

| DEPRESION | | | | | | | | | | |
|-----------|---------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | AA | RA | PS | AE | PM | SC | DV | PV | D | P |
| U= | 143.000 | 94.000 | 201.000 | 148.500 | 74.500 | 165.000 | 213.500 | 131.500 | 100.000 | 69.000 |
| Z= | -4.551 | -5.272 | -3.691 | -4.471 | -5.566 | -4.223 | -3.506 | -4.718 | -5.175 | -5.638 |
| P< | 0.0001 | 0.0001 | 0.0001 | 0.0001 | 0.0001 | 0.0001 | 0.0001 | 0.0001 | 0.0001 | 0.0001 |

Lo anterior nos indica que los niños maltratados difieren en cuanto al nivel de maduración de los niños que no han sido maltratados (Tabla 7), siendo menor la maduración en los primeros; también se observó que difieren en cuanto a la presencia de depresión(Tabla 8), donde el grupo de niños víctimas de maltrato presenta más sentimientos depresivos que los niños del grupo control.

Correlación entre depresión y el nivel de maduración

En general los resultados obtenidos nos muestran que del grupo de niños víctimas de maltrato físico infantil, reclutados para esta muestra, todos (30 sujetos) muestran ser inmaduros; en comparación los niños del grupo control, niños que no han sido víctimas de maltrato infantil, la mayoría (28 de 30) mostró tener un nivel de maduración de normal a normal alto (Figura 3).

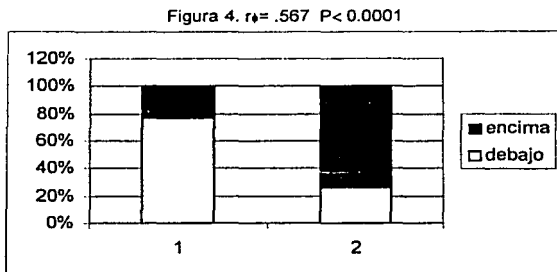


Para determinar la relación entre la presencia o no del maltrato físico infantil, (considerando, que todos los niños maltratados resultaron inmaduros y la mayoría de los no maltratados, maduros) y la aparición de depresión observada en cada una de las subescalas del CDS, se aplicó el coeficiente Phi en términos de la frecuencia observada para cada escala según lo siguiente:

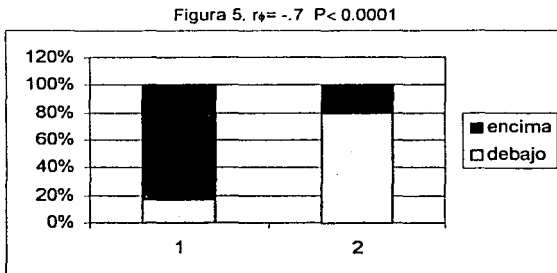
Se realizaron correlaciones entre la presencia o no de maltrato físico infantil y la posición por debajo o por encima de la media de cada una de las subescalas del CDS (depresivas y positivas); a continuación se presentan los resultados encontrados.

En la Figura 4 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala positiva ánimo alegre, (AA, que en polo opuesto alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o a su incapacidad para experimentarlas), del CDS, encontrándose por debajo de la media 24 y encima 6 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 23 por encima de

la media y 7 debajo, los resultados muestran una correlación positiva y significativa ($r_s = .567$, $P < 0.0001$).

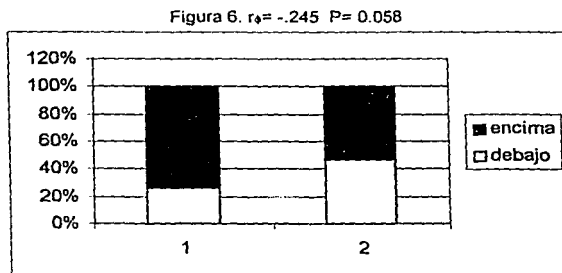


En la Figura 5 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala depresiva respuestas afectivas, (RA, que alude al estado de humor por los sentimientos del niño), del CDS, encontrándose por debajo de la media 4 y encima 26 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 5 por encima de la media y 25 debajo, los resultados muestran una correlación negativa y significativa ($r_s = -.7$, $P < 0.0001$).



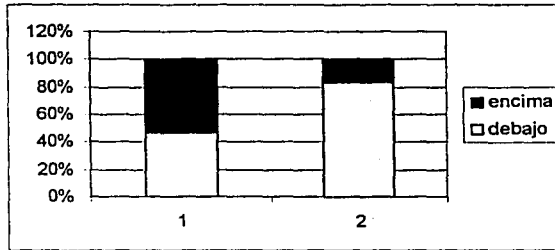
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Figura 6 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala depresiva problemas sociales, (PS, que se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño), del CDS, encontrándose por debajo de la media 7 y encima 23 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 16 por encima de la media y 14 debajo, los resultados muestran una correlación negativa y marginalmente significativa ($r_s = -.245$, $P = 0.058$).



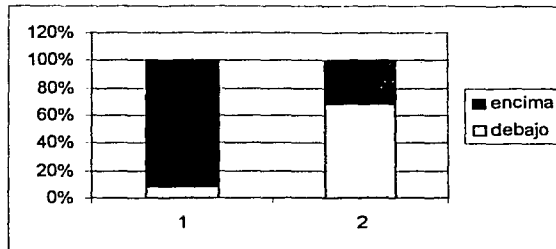
En la Figura 7 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala depresiva autoestima, (AE, que se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor), del CDS, encontrándose por debajo de la media 14 y encima 16 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 4 por encima de la media y 26 debajo, los resultados muestran una correlación negativa y significativa ($r_s = -.495$, $P < 0.0001$).

Figura 7. $r_s = -.495$ $P < 0.0001$



En la Figura 8 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala depresiva preocupación por la muerte, (PM, que alude a los sueños y fantasías del niño en relación con la enfermedad y muerte propia), del CDS, encontrándose por debajo de la media 1 y encima 29 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 9 por encima de la media y 21 debajo, los resultados muestran una correlación negativa y significativa ($r_s = -.692$, $P < 0.0001$).

Figura 8. $r_s = -.692$ $P < 0.0001$



En la Figura 9 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala depresiva sentimientos de culpabilidad, (SC, que se refiere a la autopunición del niño), del CDS, encontrándose por debajo de la media 3 y encima 27 de los niños víctimas de

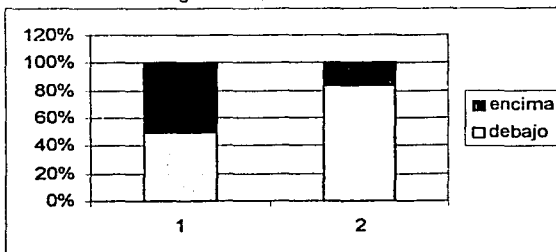
maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 14 por encima de la media y 16 debajo, los resultados muestran una correlación negativa y significativa ($r_s = -.477$, $P < 0.0001$).

Figura 9. $r_s = -.477$ $P < 0.0001$



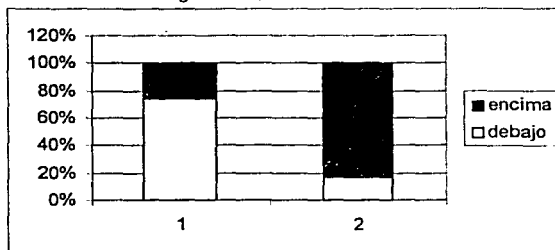
En la Figura 10 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala depresiva depresivos varios, (DV, que incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una identidad), del CDS, encontrándose por debajo de la media 15 y encima 15 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 4 por encima de la media y 26 debajo, los resultados muestran una correlación negativa y significativa ($r_s = -.394$, $P = 0.002$).

Figura 10. $r_s = -.394$ $P = 0.002$



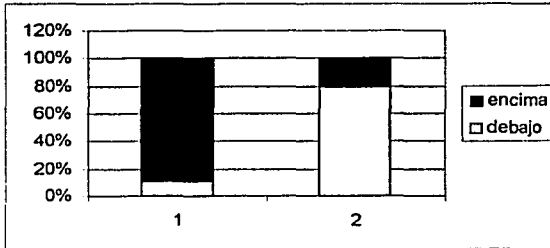
En la Figura 11 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala positiva positivos varios, (PV, que en polo opuesto, incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieran agruparse para formar una entidad), del CDS, encontrándose por debajo de la media 23 y encima 7 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 26 por encima de la media y 4 debajo, los resultados muestran una correlación positiva y significativa ($r_s = .637$, $P < 0.0001$).

Figura 11. $r_s = .637$ $P < 0.0001$



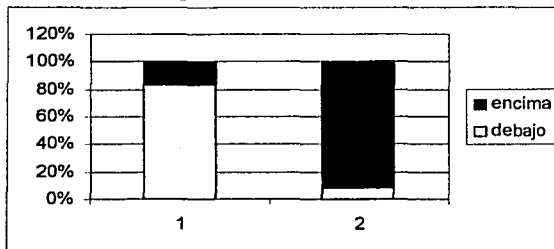
En la Figura 12 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala total depresivo, (TD, que se refiere a la suma de las seis subescalas depresivas), del CDS, encontrándose por debajo de la media 2 y encima 28 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 5 por encima de la media y 25 debajo, los resultados muestran una correlación negativa y significativa ($r_s = -.771$, $P < 0.0001$).

Figura 12. $r_s = -.771$ $P < 0.0001$



En la Figura 13 se muestra la proporción de casos para cada categoría de los datos agrupados por sujetos, grupo de niños víctimas de maltrato (1) y grupo control, no víctimas de maltrato infantil (2), y la subescala total positivo, (TP, que en polo opuesto, incluye la suma de las dos subescalas positivas), del CDS, encontrándose por debajo de la media 26 y encima 4 de los niños víctimas de maltrato, mientras que para los niños del grupo control (no maltrato) se encontraron 29 por encima de la media y 1 debajo, los resultados muestran una correlación positiva y significativa ($r_s = .838$, $P < 0.0001$).

Figura 13. $r_s = .838$ $P < 0.0001$



Se encontraron en general correlaciones significativas, a excepción del caso de la subescala depresiva problemas sociales PS (Grafica 3) donde la

correlación es marginalmente significativa. La variable maltrato infantil o no maltrato se correlaciono negativamente con las escalas depresivas y se correlaciono positiva con las escalas positivas (ver graficas).

Interpretación de resultados

El análisis estadístico incluyó tanto a niños maltratados, como a los niños no maltratados, cuyas edades fluctuaron entre los 8 y 11 años (Tabla 1, 2 y 3).

En términos generales, se puede decir que el grupo de niños víctimas de maltrato obtuvieron un nivel de maduración menor que los niños que no han sido maltratados (Tabla 5). El grupo de niños víctimas de maltrato obtuvo puntajes de nivel normal bajo, mientras que el grupo de niños que no habían sido maltratados, se colocaron en un nivel de normal a normal alto.

En cuanto a la presencia de depresión, en el grupo de niños víctimas de maltrato se observo que los puntajes del CDS de la subescala total depresiva se mostraban por arriba de la media, y los puntajes de la subescala total positiva se colocaban por debajo de la media, lo anterior nos indica que en los niños víctimas de maltrato, si hay presencia de depresión (Tabla 6, Figura 1). Por el contrario, los puntajes del CDS, en el grupo de niños que no han sido víctimas de maltrato los puntajes de la subescala total depresiva se colocaron por debajo de la media, mientras que los de la subescala total positiva se encontraban por arriba de la media, con lo cual se puede apreciar que los niños que no han sido víctimas de maltrato no se encuentran deprimidos (Tabla 6, Figura 2).

Al realizar un análisis del nivel de maduración por edad, sexo y grado escolar en cada uno de los grupos, se observó que en los niños que no son maltratados el nivel de maduración va aumentando proporcionalmente al aumentar la edad, mientras que en los niños víctimas de maltrato, va disminuyendo, lo que se puede interpretar como un estancamiento de la madurez de los niños que aunque su edad vaya aumentando su nivel de maduración permanece igual (Tabla 9).

En cuanto a la comparación por sexo del nivel de maduración, en el grupo de niños maltratados no se encontró ninguna diferencia, mientras que el grupo de niños que no han sido maltratados se encontró una pequeña diferencia, que no resulta estadísticamente significativa (Tabla 10).

En el análisis por grado escolar se encontró lo mismo que en el análisis por edad, donde el nivel de maduración en los niños que no han sido víctimas de maltrato va aumentando, mientras que en los niños que han sido maltratados el nivel de maduración disminuye (no significativamente) como va aumentando el grado escolar, lo que se podría interpretar como estancamiento (Tabla 11).

De lo anterior se puede mencionar que en los niños el nivel de maduración, no difiere por el sexo, pero si se encontraron diferencias poco significativas de acuerdo a la edad y el grado escolar de los niños.

En un segundo análisis se compararon los resultados del grupo de niños maltratados contra los del grupo de no maltrato, (prueba "U" de Mann Whitney) para encontrar diferencias significativas entre ambos grupos, encontrando ciertamente que los niños víctimas de maltrato difieren significativamente de los niños que no son maltratados, en cuanto a su nivel de maduración y la presencia de depresión (Tabla 7 y 8), que al complementarlo con la primera parte de este apartado, se puede concluir que los niños víctimas de maltrato tienen una maduración menor y presentan depresión, diferenciándose significativamente de los niños que no han sido víctimas de maltrato que no presentan síntomas depresivos y los cuales tienen un nivel de madurez normal.

Por último se aplicó a los datos una correlación (Coeficiente Phi), para determinar si existía una relación entre la presencia o no de maltrato y la presencia de síntomas depresivos, esto con el antecedente de que en el grupo de niños víctimas de maltrato todos los niños resultaron inmaduros y en el grupo de niños no maltratados la mayoría (28 de 30) resultaron con un nivel de maduración de normal a normal alto. Los resultados indicaron que si existe una correlación significativa entre la presencia de maltrato y la presencia de síntomas depresivos.

De todo lo anterior podemos concluir que existen diferencias significativas entre los niños víctimas de maltrato físico y los niños que no han sido maltratados;

siendo los niños víctimas de maltrato físico los que presentan depresión y un bajo nivel de maduración, donde además se encontró que existe una relación del nivel de maduración con el maltrato infantil y de este con la presencia de depresión, pues al presentarse el maltrato físico en niños, existirá un bajo nivel de maduración y depresión.

Aceptación de Hipótesis

Los resultados de la presente investigación permiten aceptar la **Hipótesis de trabajo**:

Existe una correlación entre la depresión y el retraso en el nivel de maduración en los niños que han sido víctimas de maltrato físico en comparación de los niños que no han sido maltratados.

De la misma forma los resultados permiten aceptar las **Hipótesis alternas**:

- 1) Si existe correlación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y el nivel de maduración en niños que han sido víctimas del maltrato físico infantil.
- 2) Si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños víctimas del maltrato físico infantil y el grupo de niños que no han sido víctimas de maltrato, en cuanto a, la presencia de depresión y el nivel de maduración.

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue investigar la relación entre el nivel de maduración y la presencia de depresión en el niño víctima de maltrato físico, para lo cual se compararon un grupo de niños víctimas de maltrato físico con un grupo de niños no golpeados por sus padres, provenientes de familias no violentas (grupo control).

Los resultados indicaron que los niños víctimas de maltrato y los niños que pertenecen a familias no violentas difieren significativamente en su nivel de maduración. Los niños víctimas de maltrato físico presentaron los niveles de maduración más bajos en comparación con el grupo control que presentó los niveles de maduración más altos. El grupo control presentó un promedio de 5.33 puntos en su nivel de maduración lo que corresponde a un nivel de maduración normal según Koppitz (1973), en cambio, el grupo de niños víctimas de maltrato obtuvieron un promedio de 2.93, puntaje considerado como normal bajo o bajo por Koppitz (1973). Además los resultados de la prueba "U" de Mann Whitney corroboraron que los niños del grupo que es agredido físicamente, difieren significativamente del grupo control, en cuanto a su nivel de maduración.

Las diferencias significativas en los niveles de maduración entre los dos grupos observados en el presente estudio, coinciden con los hallazgos reportados por Powell y Brasel, 1967; Chagoya, 1978; Green y Campbell, 1984; Gold, 1986; Maher, 1990; Claussen y Crittenden, 1991; Shum y Conde, 1993; Loredó, 1994; Téllez, 1995, quienes señalaron que los niños sufren de violencia en el hogar presentan retraso en su nivel de maduración debido al temor que experimenta el niño hacia sus padres y al descuido al que están sujetos por parte de estos. El temor y el descuido impide el desarrollo físico y emocional en la individualidad y la personalidad del niño.

Un dato que cabe resaltar es que aun cuando la mayor parte de los niños de ambos grupos cursan el 4º año, los niños del grupo de maltrato físico infantil

son en promedio un año más grandes de edad, (10 años) en comparación del grupo control (9 años). Lo que coincide con lo reportado por Wodarsky y Howing en 1990, que los niños que sufren de abuso físico son más deficientes en exámenes de matemáticas que los niños que no sufren de este tipo de abuso. Además, los pequeños que son descuidados por sus padres se desempeñan por debajo del promedio en lectura y matemáticas.

La influencia del hogar puede acelerar o detener la evolución infantil en todas las áreas que ésta abarca; ya que los padres son las figuras más importantes del niño durante su primera infancia, si estos se agreden o agreden al niño, éste pierde la seguridad y la confianza en sí mismo debido al temor que siente ante los padres, posteriormente, cuando el niño crece, esta inseguridad se generaliza impidiendo su crecimiento personal.

Así mismo, estos niños tienden a aislarse debido al miedo y a la inseguridad, lo que provoca que su contacto con el mundo y sus experiencias sean limitadas; sus escasas experiencias no les permiten por lo tanto, responder en forma adaptativa y madura a las diferentes exigencias de la vida.

En el presente estudio los niños víctimas de maltrato físico presentaron los niveles más bajos de maduración, esto probablemente se debe a que los niños víctimas de maltrato físico, generalmente sufren también de negligencia y abandono por parte de sus padres, es decir, éstos descuidan la alimentación, salud y desempeño escolar de sus hijos, factores que afectan directamente la maduración del niño.

Un indicador de la existencia de la negligencia por parte de los padres en este grupo de niños, es el aspecto físico que estos presentan. En el presente estudio se observó una marcada diferencia en el aspecto físico de los niños víctimas de maltrato con respecto a los niños del grupo control. Los primeros mostraban descuido en su aspecto físico, presentaban manchas en la piel, ojeras y cicatrices, características que no mostraban los niños del otro grupo. Lo anterior se corrobora con las investigaciones hechas por Marcovich, 1978; Claussen y Crittenden 1991; Loredo, 1994.

Cabe recordar que el nivel de maduración no es equivalente al coeficiente intelectual (CI) del niño, sino que indica el estado en el que se encuentran las funciones mentales del individuo de acuerdo a lo que se espera para su edad.

En cuanto a la presencia de depresión en el presente estudio se observaron diferencias significativas entre el grupo de maltrato físico y el grupo control, en todas las subescalas del cuestionario de depresión infantil (CDS), encontrándose en el grupo de maltrato físico, que todas sus subescalas depresivas se colocaban arriba de la media a excepción de la subescala de autoestima (AE), lo anterior nos indica que los niños que sufren de maltrato físico de esta muestra, se encuentran deprimidos, pero, aun así cuentan con sentimientos, conceptos y actitudes que hablan de cierta cantidad de amor por todo lo que forma parte de ellos, que quizás se deba en gran parte al apoyo que han recibido el tiempo que llevan en el albergue y conocer a otros niños que se encuentran en su misma situación; en cuanto a las subescalas positivas todas se colocaron por debajo de la media lo que nos indica la falta de recursos para sobreponerse y la confirmación de un estado depresivo.

En comparación, los resultados del grupo control difieren significativamente del grupo de maltrato ya que todas las subescalas depresivas se encuentran por debajo de la media, mientras que las subescalas positivas se colocaron por arriba de ella, esto nos indica que los niños del grupo control, no se encuentran deprimidos por el contrario cuentan con un estado emocional tranquilo y alegre que los motiva en sus interacciones sociales y los mantiene lejos de sentimientos de culpa.

Los resultados de la prueba de "U" de Mann Whitney indican que los niños del grupo que son víctimas de maltrato físico, presentan síntomas de depresión que se manifiesta por ansiedad, rabia, agresión, dependencia, aspecto triste e indiferente, generalmente hiperactivos, sumisión, pasividad y obediencia entre otros, lo que difiere significativamente de lo encontrado en el grupo control, donde los resultados indican que no existe ningún rasgo depresivo.

Diversas investigaciones realizadas con niños víctimas de violencia física (Raskin, 1977; López, 1978; Calderón, 1987; Aviles, 1984), han observado que

estos niños, presentan síntomas depresivos que difieren de los que generalmente se observan en los adultos. En el presente estudio los niños víctimas de maltrato físico, difieren significativamente de los niños del grupo control, en cuanto a la presencia o no de síntomas depresivos. Así mismo se observaron que estos síntomas son generalmente enmascarados, pues los niños pareciera que no se encuentran deprimidos por actuar con egoísmo, rebeldes a la disciplina, con frecuencia hiperactivos y de conducta desafiante, lo que los hace aún más vulnerables al abuso. Los resultados observados en el presente estudio en los niños que han sufrido maltrato físico coinciden con los hallazgos de otros estudios (Glaser, 1967; Cytryn y Mcknew, 1974; Belsky, 1980; López, 1982; Kempe y Kempe, 1985; Calderón, 1987; Cobo, 1992). En el presente trabajo estos niños se autodescriben aislados, inseguros, autopunitivos, con fantasías e ideas de muerte, faltos de alegría, y felicidad, lo que reportan otros estudios como síntomas de depresión infantil (Márquez, 1982; Calderón, 1987; Polaino y Lorente, 1988; Cirillo y Di Blasio, 1989; Gonzáles, Duarte y Lemus, 1993).

La familia puede actuar a veces, como elemento de protección frente a ciertos factores de riesgo, en cambio, otras veces puede ser un riesgo por sí misma. Así, el niño que está inmerso en un ambiente familiar violento, constantemente corre el riesgo de ser maltratado, lo que provocara un deterioro de las relaciones familiares y del potencial del niño, lo que limita su desarrollo y promueve la presencia de tendencias depresivas, pasividad, ansiedad, dependencias, rabia y agresividad. Por lo tanto siendo el grupo familiar el primer agente de socialización del niño, influye de manera decisiva en el desarrollo de su estabilidad, física y emocional, constituyéndolo a su vez en un elemento clave en la configuración de la depresión infantil.

De acuerdo a los hallazgos del presente estudio sobre la presencia de depresión en los niños agredidos físicamente y las investigaciones arriba citadas, pareciera haber una relación directa entre maltrato y depresión, lo cual se comprobó al aplicar el coeficiente Phi, indicando los resultados que existe una correlación significativa entre la variable maltrato físico y la presencia de depresión, lo que nos indica que los niños que sufren maltrato físico tienen un

estado emocional con síntomas depresivos, que en general se presentan como enmascarados. Por lo que, se puede indicar que si el nivel de maduración se encuentra disminuido en todos los niños víctimas de maltrato, de esta muestra, y si estos presentan síntomas depresivos, podemos concluir que si bien ambas variables no se colocan desde una óptica lineal causa – efecto, es decir, una como causa de la otra o viceversa, bajo nivel de maduración como causa depresión o depresión como causa de un bajo nivel de maduración, si se puede decir que ambas variables se presentan de forma simultánea en los niños víctimas de maltrato físico, seleccionados para esta muestra. Por lo tanto, sería necesario continuar una línea de investigación en este sentido, para intentar aclarar de forma más precisa la relación existente entre la depresión y el nivel de maduración en niños víctimas de cualquier forma de maltrato.

En general se puede decir que existen diferencias significativas entre los dos grupos, niños maltratados y niños control, en su nivel de maduración y la presencia de depresión.

Los niños víctimas de maltrato físico presentan los niveles más bajos de maduración en comparación del otro grupo. Además, solo los niños víctimas de maltrato físico presentan síntomas de depresión.

En el grupo de niños víctimas de maltrato físico, todos los niños tuvieron resultados de inmadurez. Así mismo, el maltrato se correlaciono significativamente con la presencia de depresión, es decir, que cuando un niño es víctima de maltrato físico, presentara un bajo nivel de maduración y síntomas de depresión.

En México existen numerosos casos de niños que por múltiples razones son maltratados física, emocional y psicológicamente, lo que hay que considerar de manera importante, pues un niño sujeto a privación ambiental va a tener retraso en diversas áreas, entre ellas: las capacidades intelectuales y de adaptación emocional. Los trastornos más importantes se manifestaran en su vida adulta ya que habrá una marcada diferenciación entre el medio al que se enfrenta y aquel en cuyo seno se formó. Sin embargo no hay que dejar de lado los efectos inmediatos que presenta el niño en general.

Entender y aceptar la importancia de la atención integral del fenómeno de maltrato requiere un refuerzo de la sociedad como un todo. Es decir, todos los miembros que la conforman deben crear una conciencia y una cultura donde los niños merezcan ser respetados. Este es un reto que todos los adultos debemos asumir con responsabilidad si se quiere que los niños respondan de igual manera cuando les toque representar el papel de adultos en la vida.

CAPÍTULO X

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Durante la investigación se encontraron algunas limitaciones para su desarrollo. La primera de ellas se debió a la dificultad de selección del grupo control, pues aunque al principio aparentemente fue fácil de ubicar, al entrevistar a los niños se cayó en la cuenta de que los padres habían mentido y en realidad si existía cierto grado de violencia dentro de la familia; por lo que fue necesario descartar a la gran mayoría de los niños para así tratar de tener el mayor control sobre esta muestra. Es por esto que se considera pertinente, sugerir que se tenga mucho cuidado en la selección de esta muestra en una futura investigación.

Otra de las dificultades que se encontró fue que el "Cuestionario de Depresión para Niños" (CDS), es un cuestionario extenso y puede cansar al niño que lo contesta. Por otra parte las cinco opciones de respuesta pueden resultar confusas para el niño y hacer que se muestre indeciso para responder, por lo que su aplicación requiere de la constante supervisión del aplicador.

Los hallazgos del presente estudio sugieren nuevas líneas de investigación sobre el maltrato a los niños, y la única manera de entender más sobre lo que ocurre con estos niños es mediante la aplicación de otras técnicas y procedimientos que profundicen sobre el estudio de la depresión, sus manifestaciones y su nivel de maduración. Estos estudios pueden provenir de diversos especialistas, que estudien al niño y el ambiente que lo rodea.

Del mismo modo, se recomienda indagar acerca de los antecedentes del niño, es decir, si fue un niño deseado, planeado, prematuro, bajo en peso, etc., para así contar con más datos que permitan una interpretación más profunda y exacta del problema.

También se recomienda ampliar el número de la población para tener oportunidad de realizar un análisis más exhaustivo y poder sacar el mayor provecho a los datos que arrojan los instrumentos, y el emplear una batería de pruebas para determinar con mayor precisión la presencia de síntomas depresivos, además de elaborar cuestionarios más sencillos para medir la

depresión en niños, aunado a la aplicación del "Cuestionario de Depresión para Niños" (CDS).

Aunque se considera que en el presente estudio se encontraron resultados significativos, aún cuando la muestra fue pequeña, la importancia de su estudio radica en prevenir la aparición de un trastorno depresivo mayor o un anormal nivel de madurez en estos niños cuya situación general, ya de por sí se encuentra afectada.

En términos de desarrollo en estrategias de prevención y tratamiento del maltrato infantil, se puede recomendar que en procesos de diagnóstico y en la determinación de población en riesgo, debe contemplarse la evaluación de las variables manejadas en este estudio.

Sin embargo, la sugerencia más apremiante es que se proporcione intervención en las modalidades de orientación y prevención especializadas en niños víctimas de violencia intrafamiliar, así como, impedir el uso de la violencia para resolver cualquier conflicto.

Se debe considerar que el maltrato al menor ha ocurrido desde los principios de la humanidad, aunque las facetas que ha tenido desde ese entonces no son las actuales. El fenómeno es universal y por lo tanto puede observarse en cualquier momento y lugar del mundo sin que importen ideales políticos, religiosos, morales, sociales, ni económicos entre otros. Por lo que es necesario educar a todos los adultos para que sean ellos quienes descubran el bien que son los niños en la familia, en la sociedad y en el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

Anjuria G.J.(1980)Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson.

Arciniega, F. y Berzunza, Del R. (1996) Incidencia de síntomas de depresión en un grupo de niños con síndrome de maltrato. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología. UNAM, México.

Avellanosa, I. (1988) Depresión. Superarla de una vez por todas. España: Interamericana.

Avilés, C. G. (1989) Depresión en la infancia y adaptación al medio escolar, familiar y social. Tesis de Licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM, México.

Azcoaga (1983) Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y el adulto. Argentina: Paidós.

Barbosa, F. A. (1998). Como afecta a los niños la agresión intrafamiliar. Tesis de Licenciatura. Fac. de psicología, UNAM, México.

Barkley, R. A. (1981) The use of psychopharmacology to study reciprocal influences in parent - child interaction. American Journal Ortho psyquiatric. 75: 560 - 580.

Belsky, J. (1980) Child maltreatment. An ecological integration. American Psychologist. 35: 320 - 335.

Bender, L. (1977) Test Gestáltico Visomotor. Argentina: Paidós.

Blanch, H. G. (1984) Tratado de psicología del niño. Tomo IV. Desarrollo afectivo y moral. Madrid: Morato.

Bowlby, J. (1985) La perdida afectiva: tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós.

Breckenridge, M. (1985) Crecimiento y desarrollo del niño. México: Interamericana.

Bricklin, B. y Bricklin, P. M. (1988) Causas psicológicas del bajo rendimiento escolar. México: Pax.

Burguess, R. (1981) Long - term consequences of childhood pshysical abuse. Psychological Bulletin. 114: 68 - 79.

Calderón, N. G.(1987) Depresión, causas manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

- Carbarino, A. E; Gutman, J. y Seeley, R. (1986) Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. Journal of Anormal Psychology. 94: 298 - 307.
- Chamberlain, M.; Reid, G.; Ray, L., Copaldi, M. y Fisher, N. (1992). The combined effects of physical, sexual and emotional abuse during childhood. Child Abuse and Neglect. 17: 623 - 640.
- Cicchetti, D. (1989) How research on child maltreatment has informed the study of child development: Perspectives from developmental psychopathology. Developmental Psychology. 19: 87 - 95.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1989) Niños maltratados. Milán: Paidós 1991.
- Claussen, A. y Crittenden, P. (1991) Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. Child Abuse Neglect. 15: 5 - 18.
- Cobo, C. M. (1992) La depresión infantil. Del nacimiento a la adolescencia. España: Temas de hoy.
- Condermarin, M. y Chadwick, M. (1989) Madurez escolar. Madrid: CEPE.
- Corsi, J. (1994) Violencia familiar. Buenos Aires: Pax.
- Crittenden, P. M. y Ainsworth, M. D. S: (1989) Child maltreatment and attachment theory. Developmental Psychology. 80: 982 - 1001.
- Cruz, D. M. (2000) Efectos del maltrato físico en niños según la edad en la que inicio el abuso. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM, México.
- Cruz, J.; Morales, M. y Ramírez O. (1996) Validez, confiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS), de Lang y Tisher. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Cusinato, M. (1992) Psicología de las relaciones familiares. Barcelona: Herder.
- Delval, J. (1994) El desarrollo humano. España: Siglo XXI.
- De Mause, L. (1975) Differential symptomatology associated with three types of child abuse histories. Child Abuse and Neglect. 14: 357 - 364.
- Dirección General de Atención a Víctimas de Delitos de la PGJDF. (1997) Violencia sexual e intrafamiliar: Modelos de atención. México.
- Duberman, S. (1975) Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59: 258 - 265.

- Eckenrode, J.; Laird, M. y Doris, J. (1993) School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. Developmental Psychology. 29: 53 - 62.
- Enríquez, N. R. (1988) Violencia en la Intimidad: La estructura económica familiar y el maltrato infantil. Bogota: Casa de la mujer.
- Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio, E. (1999) Psicodiagnóstico clínico del niño. México: Manual moderno.
- Fantuzzo, J. W. (1990) Behavioral treatment of the victims of child abuse and neglect. Behavior Modification. 14: 316 - 339.
- Feigelson, N. (1985) Un Hijo ha Sido Golpeado: La violencia contra los niños, una tragedia moderna. México: Diana.
- Fernández, A. y Pedreira, J. (1991) Los malos tratos a la infancia aproximación psicosocial. Psiquis. 12: 11 - 26.
- Ferreira, G. B. (1996) La Mujer Maltratada. México: Hennes. pp. 17 - 164.
- Fredericksen y Mulligan (1976) Child abuse and neglect: Assessment, treatment and prevention. Child Abuse and Neglect. 15: 5 - 15.
- Friedman, F. (1976) School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. Developmental Psychology. 29: 53-62.
- Friedrich, W. N. y Boriskin, J. A. (1980) The role of the child in abuse. A review of the literature. Developmental Psychology. 52: 456 - 480.
- Fontana. V. (1984) En defensa del niño maltratado. México: Pax.
- Garbarino, H. (1977) Emotional and Cognitive adjustment in abuse children. Child Abuse and Neglect. 11: 923 - 932.
- García, B. y Olvera, C. (1986) Estudio piloto sobre maduración en niños de preescolar de nivel socioeconómico bajo. Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM, México.
- Gesell, A. et al. (1963) Vida escolar e imagen del mundo del niño de 5 a 16 años. Argentina: Paidós.
- Gill, S. L. (1971) Long-term consequences of childhood physical abuse. Psychological Bulletin. 114: 68 - 79.

Glaser, K. (1967) Masked depression in children and adolescents. Nueva York: Psychoter.

Gold, S. (1986) Buenas noticias sobre la depresión. México: Vergara.

Gómez, S. (1988) Maltrato infantil; Un problema multifacético. Revista Latinoamericana de Psicología. 20: 149 - 161.

González, G., Azota, E., Duarte, M. y Lemus, J. (1993). El maltrato y el abuso sexual a menores: Una aproximación de estos fenómenos en México. México : Casa abierta al tiempo, UNICEF-COVAC, pp.13-42.

Goodenough. (1951) Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana. Argentina: Manual Moderno

Green, A., Gaines, R., Sandgrund, A. (1974). Child abuse: Pathological syndrome of family interaction. American Journal Psychiatry. 60: 131-150.

Gutiérrez, A. T., (1991) Estudio de la prevalencia de la depresión infantil en un colegio particular para instrucción primaria de la ciudad de México. Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología UNAM México.

Harperl, R. (1975) Introducción a la psicología fisiológica. México: Latinoamericana.

Hart, G. y Brasard, R. S. (1987). Aggression, emotional maladjustment and empathy in the abused child. Developmental Psychology. 17: 762 - 765.

Hernández, F. y Rodríguez S. (2000) Estudio comparativo entre niños testigos y víctimas de violencia familiar. Tesis de licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM, México.

Herrera B; Hoque S; James M; Vázquez F. (1986) Síndrome del niño maltratado: espectro de un problema. Hospital infantil de México 43: 71 - 77.

Hidalgo, S. (1998) La depresión desde diferentes perspectivas teóricas. Tesis de licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM, México.

Johnson, R. (1974) The worst combinations of child abuse and neglect. Child abuse and neglect. 18: 705 - 714.

Kadushin, A.; Martin, J. (1985) El niño maltratado una interacción. México: Extemporáneos.

Katz, G. (1981) La Repercusión Psicológica que Produce la Agresión en el Desarrollo infantil. Buenos Aires: Pax.

Kelly, S. T. (1983) An applied behavioral approach to child maltreatment: Back to basics. Developmental Psychology, 22: 167 - 179.

Kempe, H. (1985) Abuso sexual infantil incesto y otras formas de explotación sexual. Madrid: Paidós.

Kempe, H. y Kempe R. (1985) Niños maltratados. Madrid: Morata.

Kinard, E. M. (1980) Emotional development of physically abused children. American Journal of Orthopsychiatry, 50: 686 - 696.

Koppitz, E. (1973) El dibujo de la figura humana en niños. México: Guadalupe.

Laureano, O. (1980) Maltrato a los Niños: Perspectiva del grupo familiar. Tesis de Maestría. Fac. de Psicología. UNAM, México.

Llanes C. M. y Sil P. M. (2000) Normalización del test del D. F. H. de E. Koppitz en población del D.F. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM, México.

Longer, Burgess y Barret (1979) Correlations of grade point averages at a rural college with reports of abuse in rural families. Psychological Reports, 77: 619 - 622.

López, I. (1978) Consecuencias psiquiátricas del síndrome del niño golpeado. México: Edicol.

López, M. (1982) Estadística elemental para psicólogos. México: UNAM.

Loredo A.; Mompala, B.; Schuller A.; Cato G. (1987) Síndrome del niño maltratado, aspectos físicos, emocionales y sociales. México: Trillas.

Loredo A. (1994) Maltrato al menor. México: Nueva Interamericana.

Lutzker, J. R. (1993) Behavioral treatment of the victims of child abuse and neglect. Behavioral Modification, 14: 301 - 315.

Macías, R. (1994) La Familia. Antología de la sexualidad humana. México: Conapo-Porrúa.

Maher, P. (1990) Castigos sin crimen, crimen sin castigo. México: Mira.

- Malher, S. M. (1985) Tristeza y aflicción en la primera infancia y en la niñez. México: Paidós.
- Mauco, G. (1964) Educación de la sensibilidad en el niño: Ensayo sobre la vida afectiva del niño. Madrid: Aguilar.
- Marcovich, J. (1978) El maltrato a los hijos: el más oculto y menos controlado de los crímenes. México: Edicol
- Marcovich, J. (1981) Problemática en México. México: Editores Mexicanos.
- Márquez, L. (1982) Estudio comparativo de los trastornos de la afectividad en niños golpeados y niños no golpeados. Tesis de licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM, México.
- Mejía de C., S. (1994) Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez. Colombia: Save The Children.
- Mercado, X. (1991) El Autoconcepto en Niños Maltratados Institucionalizados y Niños Callejeros. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM, México.
- Monterola, D. (1972) Maltreatment and fue school-aged child: School performance consequences. Child Abuse and Neglect. 17: 581-589.
- Montiel, R. (1982) The long-term impact of fue physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. Child Abuse and Neglect. 20: 7-21.
- Moos, R. (1989) Manual de escalas de clima social: FES, WES, CIES, y CES. México: Manual Moderno.
- Nieto, M. (1978) El niño disléxico. México: Prensa Medica Mexicana.
- Osorio, N., C. (1981) El niño maltratado. México: Trillas.
- Osorio, N. y Nieto, H. (1989). Antecedentes del maltrato infantil. Psicología. Síndrome del niño maltratado. 30: 12-26.
- Parra, C. R. (1994) Análisis del Maltrato Psicológico Infantil: Desde una perspectiva de la interacción social. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM, México.
- Pichot, P. (1980) Los test mentales. Buenos Aires: Paidós.

- Polaino y Lorente (1985) La depresión. España: Roca.
- Polaino y Lorente (1988) Las depresiones infantiles. España: Morta.
- Polansky, J. y Hally, G. (1975) The psychologically battered child. Developmental Psychology, 65: 2253-2265.
- Porot, M. (1982) Le Dessin de Famille. Francia: Pediatric.
- Reid, J., Lorber, K. y Felton, G. (1984) Using the case study method to treat several problems in a family indicated for child neglect. Child Abuse and Neglect, 53: 156 - 166.
- Reyes, C. L. (1997) La desintegración familiar y el maltrato infantil desde la perspectiva de la niñez en riesgo. Guatemala: Pornice.
- Richardson, D. (1980) Developmental psychopathology and incompetence in childhood. Suggetions for intervention. Developmental Psychology, 56: 789 - 799.
- Rodriguez, O. I. (1989). Factores de riesgo en el maltrato infantil. Psicología, Síndrome del niño maltratado, 21: 11 - 14.
- Rodriguez, S. y Vega, M. (1995-1997) El maltrato infantil como una de las formas que adopta la violencia intrafamiliar. México: PGJDF.
- Roque, H. M., Carrillo, P. M. y Castillo, R. A. (1997). Antecedentes históricos del maltrato infantil. Psicología, Síndrome del niño maltratado, 21: 2 - 6.
- Rosselot, J. A. (1981) .Treating Chil-Abusive Families: Intervention based on skills-training principles. New York: Plenum Press.
- Ruch, S. (1971) Psicología y vida. México: Trillas.
- SEP (1988) La educación preescolar en México, un acercamiento teórico. México
- Shum, G. y Conde, A. (1993) El desarrollo del lenguaje en un caso de carencias afectivas graves en la primera infancia. Infancia y aprendizaje, 64: 95-109.
- Smith, S., Hanson, R. y Noble, S. (1973). Parents ofbattered babies: A controlled study. American Journal of Psychology, 56:78 - 80.
- Staufas, S. (1980). Mothers personal social networks and child maltreatment. American Journal of Psychology, 70: 174 - 180.

Sullivan, E. D. y Everstine, L. (1992) Personas en crisis. intervenciones terapeuticas estratégicas. México: Pax-México

Teer, L. (1970). A family study of child abuse. American Journal Psychiatric. 127: 250 - 253.

Téllez, S. A. (1995). Análisis Comparativo de Corte Descriptivo de las Características de la Intervención Padre-Hijo, Entre Madres con Historia de Abuso Físico y Madres sin Historia de Abuso. Tesis de licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM, México.

Wallon, H. (1985) Los orígenes del pensamiento en el niño. Buenos Aires: Paidós.

Wodarsky, J. S.; Kurtz, P., D.; Gaudin, J., M. y Howling, P. (1990) Maltreatment and the school - age child: Major academic, socioemotional and adaptive outcomes. Social Work. 25: 78 - 95.

Wolfe, D.; Kaufman, K.; Aragona, J. y Sandler, J. (1991) Programa de conducción de niños maltratados: Orientación para padres intolerantes. México: Trillas.

Zinser, O. (1987) Psicología Experimental. McGraw Hill. Colombia.

ANEXOS

**TABLAS DE COMPARACIÓN DEL PROMEDIO DE MADURACION POR EDAD,
SEXO Y GRADO ESCOLAR.**

Tabla 9. Comparación del promedio de los puntajes de la prueba de la Figura Humana (Maduración) entre los dos grupos por edad.

| GRUPO | PUNTUACIÓN PROMEDIO DE MADURACIÓN POR EDAD | | | |
|----------------|--|--------|---------|---------|
| | 8 años | 9 años | 10 años | 11 años |
| Maltratados | 5.1 | 5.2 | 5.5 | 5.6 |
| No maltratados | 3 | 3.3 | 2.8 | 2.7 |

Tabla 10. Comparación del promedio de los puntajes de la prueba de la Figura Humana (Maduración) entre los dos grupos por sexo.

| GRUPO | PUNTUACIÓN PROMEDIO DE MADURACIÓN POR SEXO | |
|----------------|--|-------|
| | Niñas | Niños |
| Maltratados | 5 | 5.7 |
| No maltratados | 2.9 | 2.9 |

Tabla 11. Comparación del promedio de los puntajes de la prueba de la Figura Humana (Maduración) entre los dos grupos por grado escolar.

| GRUPO | PUNTUACIÓN PROMEDIO DE MADURACION POR GRADO ESCOLAR | | |
|----------------|---|-----|-----|
| | 4° | 5° | 6° |
| Maltratados | 5.2 | 5.5 | 5.6 |
| No maltratados | 3.1 | 3.1 | 2.7 |

SUBESCALAS DE COHESION, EXPRESIVIDAD Y CONFLICTO DE LA ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL Y FAMILIAR

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste a cada una "SI" o "NO" de acuerdo a su familia. Es importante que piense en su familia al contestar cada pregunta. Si tiene alguna duda pregunte al aplicador.

1. ¿En su familia realmente se ayudan unos a otros?
2. ¿Acostumbran hablarse de lo que sienten?
3. ¿Se pelean mucho entre ustedes?
4. ¿Pasan muchos momentos juntos en casa?
5. ¿Pueden ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?
6. ¿Se enojan muy fuerte entre ustedes frecuentemente?
7. ¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?
8. ¿Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta?
9. ¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?
10. ¿Se sienten muy unidos en su familia?
11. ¿Se cuentan ustedes sus problemas personales unos a otros?
12. ¿Cuándo tienen problemas explotan con facilidad?
13. ¿Son ustedes acomodados en las cosas que se necesitan en la casa?
14. ¿Si tienen ganas de hacer algo de repente, lo hacen?
15. ¿Seguido se critican unos a otros?
16. ¿Realmente se apoyan unos a otros?
17. ¿Cuándo alguien se queja en su familia, otro se molesta?
18. ¿Se golpean entre ustedes alguna vez?
- 18^a. Si contesto "SI" a la pregunta anterior, ¿lo hacen enfrente de sus hijos?
19. ¿Hay mucha unión entre su familia?
20. ¿Los asuntos de dinero y deudas, se hablan delante de todos los miembros de la casa?
21. ¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?
22. ¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?
23. ¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?
24. ¿Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa?
25. ¿En su familia a todos se dedica tiempo y atención?
26. ¿En su familia discuten mucho?
27. ¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren?
28. ¿Utilizan el castigo físico para educar a sus hijos?
29. Si contesto "SI" a la pregunta anterior, ¿qué tipos de castigos son y con qué frecuencia lo hacen?

Compruebe si ha contestado a todas las frases

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre del niño: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado y Grupo: _____

| | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 4 | 7 | 10 | 13 | 16 | 19 | 22 | 25 |
| SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO |

| | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2 | 5 | 8 | 11 | 14 | 17 | 20 | 23 | 26 |
| SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO |

| | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 3 | 6 | 9 | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 | 27 |
| SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO | SI NO |

| |
|-----------------|
| 18 ^a |
| SI NO |

| |
|-------|
| 28 |
| SI NO |

29. _____

| | CO | EX | CT |
|-----------------|----|----|----|
| Puntaje bruto | | | |
| Puntaje escalar | | | |

CDS

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS

Versión Mexicana

FAVOR DE MARCAR SÓLO EN LA HOJA DE RESPUESTAS

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento triste en la escuela.
3. A veces pienso que nadie se preocupa por mi.
4. A veces creo que no soy importante.
5. A veces me despierto durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi mamá y a mi papá.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Muchas veces estoy enojado conmigo mismo.
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi mamá o mi papá hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo.
15. Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo.
16. Muchas veces mi mamá y mi papá me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy queriendo hacer muchas cosas en la escuela.
18. Estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro.

20. Me molesta la forma de mi cuerpo o en la forma en que me porto.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enojar a mi mamá o a mi papá.
23. Cuando me enojo casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Muchas veces me siento triste.
27. Muchas veces me siento solo y como un extraño en la escuela.
28. A veces no me quiero a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Seguido pienso que debo ser castigado.
31. A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él.
33. Casi siempre me gusta estar en la escuela.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende
36. A veces me avergüenzo de mi mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro. .
38. A veces estoy preocupado porque no quiero a mi mamá o a mi papá como debiera.
39. A veces la salud de mi mamá me preocupa.
40. Creo que mi mamá o mi papá está muy orgulloso de mí.
41. Soy una persona muy feliz.

42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enojarse.
49. Creo que me veo bien y soy bonito.
50. Seguido no sé porque me dan ganas de llorar.
51. A veces pienso que nadie me necesita.
52. Cuando no hago bien las cosas en la escuela pienso que no sirvo para nada.
53. A veces me imagino que me hago heridas o me muero.
54. A veces creo que hago cosas que hacen sentir mal a mi mamá o a mi papá.
55. Muchas veces me siento mal por que no puedo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
57. Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer.
58. Creo que mi vida es triste.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento solo.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no quiero y no escucho a mi mamá o a mi papá como se merece.
62. Pienso a veces que no voy a lograr pasar año.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi papá cosas muy interesantes.

65. Hay mucha gente que se preocupa por mí.

66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me dicen que haga cosas diferentes.

HOJA DE EJEMPLO

Otros niños han contestado las frases que están en el cuestionario, diciendo como piensan o como se sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases. Sólo yo veré las respuestas.

Para ver como se contesta veremos los siguientes ejemplos: A. Me gusta ir al parque.

Si a un niño si le gusta mucho ir al parque, rellenará el círculo "MUY DE ACUERDO"

| MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si a otro niño le gusta poco ir al parque, rellenará el círculo "DE ACUERDO"

| MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Pero si algún niño, no sabe si le gusta o no ir al parque, rellenará el círculo "NO ESTOY SEGURO"

| MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si algún niño no le gusta ir al parque, rellenará el círculo "EN DESACUERDO"

| MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si no le gusta para nada ir al parque, rellenará el círculo "MUY EN DESACUERDO"

| MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

Para ver si entendiste contesta el siguiente ejemplo: B. Me gusta ir a los museos.

| MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

HOJA DE RESPUESTA

NOMBRE: _____
 GRADO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ESCUELA: _____
 FECHA: _____

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

| | MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| 1 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 |
| 2 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 |
| 3 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 |
| 4 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 |
| 5 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 |
| 6 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6 |
| 7 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7 |
| 8 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8 |

| | MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 9 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9 |
| 10 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10 |
| 11 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11 |
| 12 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12 |
| 13 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13 |
| 14 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14 |
| 15 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15 |
| 16 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 16 |

| | MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 17 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 17 |
| 18 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 18 |
| 19 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 19 |
| 20 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 20 |
| 21 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 21 |
| 22 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 22 |
| 23 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 23 |
| 24 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 24 |

| | MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 25 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 25 |
| 26 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 26 |
| 27 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 27 |
| 28 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 28 |
| 29 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 29 |
| 30 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 30 |
| 31 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 31 |
| 32 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 32 |

| | MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 33 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 33 |
| 34 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 34 |
| 35 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 35 |
| 36 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 36 |
| 37 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 37 |
| 38 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 38 |
| 39 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 39 |
| 40 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 40 |

| | MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 41 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 41 |
| 42 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 42 |
| 43 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 43 |
| 44 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 44 |
| 45 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 45 |
| 46 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 46 |
| 47 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 47 |
| 48 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 48 |

| | MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 49 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 49 |
| 50 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 50 |
| 51 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 51 |
| 52 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 52 |
| 53 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 53 |
| 54 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 54 |
| 55 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 55 |
| 56 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 56 |

| | MUY DE ACUERDO | DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | EN DESACUERDO | MUY EN DESACUERDO | |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 57 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 57 |
| 58 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 58 |
| 59 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 59 |
| 60 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 60 |
| 61 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 61 |
| 62 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 62 |
| 63 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 63 |
| 64 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 64 |
| 65 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 65 |
| 66 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 66 |

DIAGNOSTICO: _____

OBSERVACIONES: _____

**HOJA DE RESPUESTA
SUMA DE LOS PUNTAJES**

NOMBRE: _____
GRADO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
ESCUELA: _____
FECHA: _____

| | PUNTUACIÓN CRUDA | PERCENTIL |
|----|---------------------|-----------|
| RA | | |
| PS | | |
| AE | | |
| PM | | |
| SC | | |
| DV | | |
| TD | | |
| AA | | |
| PV | | |
| TP | | |

**PERFIL
INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL
LANG Y TISHER
VERSIÓN MEXICANA**

NOMBRE: _____
 GRADO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ESCUELA: _____
 FECHA: _____

| PERCENTIL | AA | RA | PS | AE | PM | SC | DV | PV | D | P | PERCENTIL |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-----------|
| 99 | 40 | 35-38 | 37-39 | 37-38 | 31-33 | 37-39 | 42-45 | 47-49 | 200-21 | 83-80 | 99 |
| 95 | 39 | 31-34 | 35-36 | 34-36 | 29-30 | 35-36 | 40-41 | 45-46 | 193-19 | 81-84 | 95 |
| 90 | 37 | 30-33 | 32-34 | 31-33 | 27-28 | 33-34 | 38-39 | 43-44 | 180-19 | 77-80 | 90 |
| 80 | 36 | 29 | 31 | 30 | 26 | 32 | 37 | 42 | 175-17 | 75-70 | 80 |
| 75 | 35 | 28 | 30 | 29 | 25 | 31 | 36 | 41 | 167-17 | 74 | 75 |
| 70 | 34 | 26-27 | 28-29 | 28 | 24 | 19-30 | 34-35 | 40 | 155-16 | 71-73 | 70 |
| 60 | 33 | 24-25 | 26-27 | 26-27 | 22-23 | 27-28 | 33 | 38-39 | 147-15 | 69-70 | 60 |
| 50 | 32 | 23 | 25 | 25 | 21 | 26 | 32 | 37 | 146 | 68 | 50 |
| 40 | 30-31 | 20-22 | 23-24 | 22-24 | 19-20 | 25 | 30-31 | 36 | 138-14 | 66-67 | 40 |
| 30 | 29 | 19 | 22 | 21 | 18 | 23-24 | 29 | 34-35 | 133-13 | 64-65 | 30 |
| 25 | 28 | 18 | 21 | 20 | 17 | 22 | 28 | 33 | 128-13 | 63 | 25 |
| 20 | 26-27 | 15-17 | 17-20 | 17-19 | 15-16 | 19-21 | 25-27 | 30-32 | 111-12 | 61-62 | 20 |
| 10 | 24-25 | 12-14 | 15-16 | 15-16 | 12-14 | 16-18 | 22-24 | 27-25 | 110 | 57-60 | 10 |
| 5 | 0-23 | 0-11 | 0-14 | 0-14 | 0-11 | 0-15 | 0-21 | 0-26 | 0-109 | 0-56 | 5 |

PUNTAJACIÓN
BRUTA

AA RA PS AE PM SC DV PV TD TP

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**