

21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

29/221

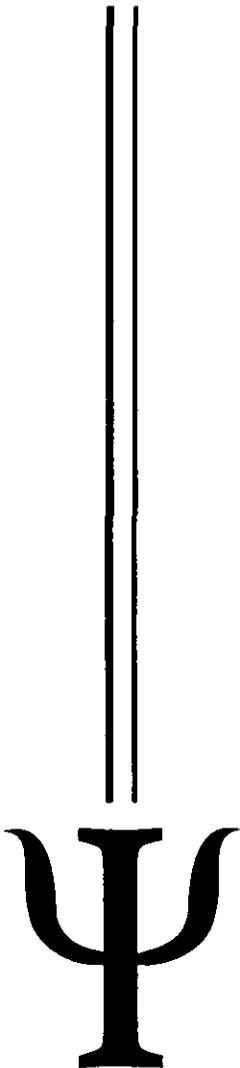
DEPRESION Y MALTRATO EN NIÑAS  
INSTITUCIONALIZADAS  
UN ESTUDIO COMPARATIVO

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
CAROLINA AVIÑA ORTEGA  
ANAHI RODRIGUEZ CARDOZO

DIRECTORA DE TESIS: LIC. GUADALUPE SANTAELLA  
REVISORA: MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD

MEXICO, D.F.

2001





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.

A mis padres y hermanos  
por su cariño, confianza y  
expectativas en mí.

A mis segundos padres  
Amparo y Josef por formar  
parte de ésto aún antes de empezarlo.

A Vale, Pao, Angelita y Anahí  
por su gran amistad y apoyo  
incondicional en todos estos  
años.

Carolina

A mis padres y  
a mis hermanos,  
a Caro,  
a las niñas de la Casa Hogar.

Anahí

# ÍNDICE

RESÚMEN

INTRODUCCIÓN

LIMITACIONES

I. INSTITUCIONALIZACIÓN	1
II. FAMILIA	10
III. MALTRATO INFANTIL	16
IV. ABUSO SEXUAL	34
V. ABANDONO	44
VI. DEPRESIÓN	49
VII. ESTUDIOS SOBRE DEPRESIÓN Y MALTRATO INFANTIL	62
VIII. MÉTODO	66
IX. RESULTADOS	77
X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	91
XI. CONCLUSIONES	98

REFERENCIAS

ANEXO

## **RESÚMEN**

El objetivo de esta investigación fue identificar rasgos depresivos en las niñas de la Casa hogar del DIF y comparar el nivel de depresión en niñas con historia de abandono total, maltrato físico y abuso sexual.

Para detectar el nivel de depresión en las menores se utilizó la escala de depresión para niños CDI (Kovacs, 1992); encontrándose en la población general un nivel de depresión ligeramente por encima de la media.

Para comparar los tres grupos de maltrato se realizó un análisis de varianza mediante la prueba de Kruskal-Wallis 1-way Anova. No encontrándose diferencias significativas entre los tres grupos en el nivel de depresión; sin embargo, en el área de relaciones interpersonales si se presentaron.

A nivel cualitativo el grupo de abuso sexual obtuvo un nivel mayor de depresión, seguido por el grupo de maltrato físico, y por último el de abandono total.

A partir de los resultados obtenidos podemos pensar que las niñas abandonadas, quienes tienen más tiempo viviendo en la institución, presentan una mayor estabilidad emocional y se encuentran más adaptadas.

## INTRODUCCIÓN

“En los primeros años, la familia del niño es esencial para su supervivencia física y constituye su primer fuente de amor y afecto, satisface todas o la mayoría de sus necesidades fisiológicas y psicológicas... y también contribuye a determinar el tipo de persona en que se convertirá el niño” (Lefrancois, 1973).

De esta manera, si la familia no cubre tales necesidades por diferentes motivos, y por el contrario irrumpe en el desarrollo físico y psicológico normal del infante por medio del abuso y el maltrato, se puede llegar a la institucionalización del menor.

Desde los años 40's se han realizado investigaciones acerca de los efectos psicológicos de la institucionalización en el niño. Spitz y Wolf (1945) encontraron que durante el primer año de vida, los niños institucionalizados que padecían una privación afectiva continua, sufrían una grave alteración en su desarrollo intelectual, afectivo, social y físico, incluso llegando algunos de ellos a presentar una grave depresión.

Bowlby (1946), refiere que a partir de los 6 a 9 meses hasta los 3 años de vida, la privación prolongada del cuidado materno o la separación brusca de la figura materna habitual, puede tener graves consecuencias sobre el desarrollo del niño, como alteración en el apego, conducta basada en el vínculo establecido por la reciprocidad y sensibilidad entre el bebé y su cuidador, lo que le dará una base segura para explorar su medio.

Ainsworth (1961), publicó un ensayo acerca de la institucionalización, en donde menciona la importancia de la dependencia del niño hacia su madre para poder construir nuevas experiencias.

Provence y Lipton (1966), realizaron un estudio que revela la dificultad de los niños institucionalizados para establecer un apego seguro y poder relacionarse.

Los niños institucionalizados pueden presentar diversos tipos de alteraciones conductuales, emocionales y sociales, como bajo rendimiento escolar, miedo, dificultades en el sueño, y síntomas de depresión, siendo ésta última una consecuencia muy frecuente y difícil de detectar debido a las distintas formas en que puede manifestarse. La depresión en el niño puede llegar a provocar un retraso en todos los campos del desarrollo de la

personalidad, presentándose apatía emocional o incapacidad para establecer relaciones con otras personas, incapacidad para aceptar las separaciones, bajo rendimiento, y pobres expectativas hacia el futuro, además de trastornos perceptuales, intelectuales y de lenguaje.

De acuerdo con nuestra experiencia en la evaluación de la personalidad con niñas institucionalizadas de la Casa Hogar para Niñas del DIF, consideramos que la depresión es un problema muy frecuente en ésta población, lo cual se confirma en la literatura sobre el tema (Spitz, 1965). En la actualidad existen pocas investigaciones sobre la depresión en menores institucionalizados, debido a lo anterior consideramos importante realizar un estudio que profundice en la evaluación del nivel de depresión que presentan éstas niñas con el propósito de elaborar programas especializados de atención psicológica para el tratamiento y prevención de la depresión.

La población de la Casa Hogar para Niñas del DIF está constituida principalmente por menores que han sufrido algún tipo de maltrato, por lo que nuestra investigación se llevó a cabo con niñas que presentan tal característica.

El maltrato infantil, es un fenómeno muy frecuente en nuestro país y que ha ido en ascenso a lo largo del tiempo. La complejidad derivada de las diferentes consecuencias provocadas por los diferentes tipos de maltrato no ha sido suficientemente abordada (Martínez y Ochoterena, 1993). En la mayoría de los casos el maltrato ocurre dentro del hogar, siendo el agresor uno de sus miembros más cercanos, y en muchas de estas situaciones la víctima y la propia familia tienden a ocultarlo por vergüenza o por temor.

En el año de 1999, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) recibió más de 25 mil denuncias por maltrato a menores en todo el país, de las que el total de niños atendidos fue de 24, 927; el 50.21% fueron casos de niños, y el 49.87% casos de niñas.

El mayor índice de maltrato se dio en los niños de primaria con el 42.76% de los casos, luego los lactantes con el 18.87%, niños sin escolaridad con 14.19%, 13.52% de menores en jardín de niños, 9.30% a nivel secundaria y 1.33% a nivel preparatoria.

El tipo de maltrato físico fue el de mayor incidencia con el 33.99% de los casos, seguido por el emocional con 21.80%, la omisión de cuidados con 18.80% , el maltrato por negligencia con 10.8%, el abandono con 7.09%, el abuso sexual con 4.34%, la explotación laboral con 2.08%, y por último la explotación sexual comercial con 0.45%.

El maltrato infantil trae como consecuencia efectos en el funcionamiento social, emocional y cognitivo del niño. Si el niño internaliza sus respuestas, puede presentar pasividad, apatía, retraimiento social, sentimientos depresivos, conductas autodestructivas, hábitos nerviosos o problemas somáticos. Si el niño externaliza sus respuestas, puede presentar agresividad, impulsividad, hiperactividad, desobediencia, conducta destructiva, falta de autocontrol, y comportamiento violento hacia otras personas o su entorno. En cualquier caso, tienden a sentirse rechazados, no queridos, con sentimientos de autoestima y aceptación negativos (Díaz Huertas, 1997).

La presente investigación además de medir el nivel de depresión en las niñas de la Casa Hogar del DIF; intenta establecer una relación entre el nivel de depresión y el tipo de maltrato sufrido por las menores. Esta información podría ser utilizada para realizar detecciones más finas y para brindar a las niñas una atención psicológica adecuada dependiendo de su problemática.

## LIMITACIONES

-Debido a su carácter institucional, la Casa Hogar para Niñas del DIF no permite realizar cualquier tipo de estudio, obstaculizándose con esto la investigación.

-En la institución no se tiene acceso directo a los expedientes de las niñas, lo cual impide conocer aspectos más detallados de su historia de desarrollo y situación de maltrato; lo que serviría para un análisis más amplio de este tema.

-En un inicio intentamos aplicar un instrumento más completo para medir depresión, la versión mexicana del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Tisher y Lang (1978) adaptada por Cruz Jimenez, Morales Medina y Ramírez Ortiz (1996). Sin embargo, no nos fue permitido por evitar un daño psicológico en las menores, puesto que esta escala toca áreas muy susceptibles para algunas de las niñas, y podrían quedar aspectos emocionales sin elaborar.

-Hubo niñas con quienes no se nos permitió trabajar debido a su situación emocional o legal, lo cual redujo el tamaño de la muestra.

-Los grupos son muy pequeños y necesitaríamos una muestra más grande para que las diferencias individuales no influyan en los resultados y así poder generalizar.

-No tomamos en cuenta el maltrato de tipo psicológico o emocional al evaluar a las niñas ya que es muy difícil de medir, y puede estar presente en todos los grupos e influir en el nivel de depresión.

## INSTITUCIONALIZACIÓN

Los niños que viven en instituciones han aprendido a adaptarse de manera diferente que los niños que han nacido y crecido en una familia.

Los bebés dependen de cuidadores consistentes que los protejan y los alimenten; poco a poco se van dando cuenta de que tienen un efecto sobre el ambiente y poseen una influencia sobre las personas que los rodean, empezando así a reconocer algunos patrones de cuidado. Entre los 6 y los 9 meses los bebés empiezan a formar un apego selectivo con sus cuidadores, este apego afecta los vínculos emocionales, la conducta y los procesos del pensamiento. Mediante este apego los niños pueden aprender acerca de ellos mismos, buscando a los cuidadores para que les proporcionen seguridad e información acerca de los acontecimientos externos. Cuando el niño se siente inseguro busca a su cuidador, pues teniendo una base segura puede aventurarse en conductas exploratorias. Cuando el niño crece empieza a utilizar representaciones internas, lo cual le ayuda a su desarrollo e identidad y le enseña a saber qué esperar de futuras relaciones.

En el ambiente institucional las situaciones son muy diferentes, especialmente si existen múltiples cuidadores, condiciones de privación, y escasez de provisiones. Los bebés deben someterse a los horarios establecidos por la institución, llorar no funciona, y por eso aprenden a no expresar su angustia y se vuelven pasivos. Ellos no tienen la oportunidad de establecer relaciones con cuidadores consistentes, de tener conversaciones, y de expresar sus emociones. Los niños pequeños en general son quietos, no expresan emociones y son menos activos que otros niños de su edad, son relativamente complacientes y cooperativos, pero en ocasiones se vuelven agresivos debido a que nadie les ha enseñado a regular sus respuestas, a tomar turnos, o a pedir ayuda o cuidado.

Los niños institucionalizados de mayor edad, poseen otras experiencias que interfieren en su adaptación como el vivir en grupo durante toda su vida, vivir en un

ambiente muy estructurado con tiempos para la comida, el juego, la escuela y el sueño. En algunas instituciones el juego y la educación son casi inexistentes, la privacidad es un concepto totalmente extraño, las propiedades personales casi no se conocen y las rutinas de higiene personal son mínimas. La distribución de la comida generalmente es escasa, por lo que existe gran competencia, compartir la comida y los juguetes es necesario para la sobrevivencia. Los niños mayores frecuentemente se encuentran a cargo de los más pequeños maltratándolos y forzándolos a hacer las cosas, de esta manera aprenden rápidamente a ver por sí mismos y a defenderse en cualquier momento.

## INVESTIGACIONES ACERCA DE LOS EFECTOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA CONDUCTA

Se sabe desde principios de siglo que el internamiento de un niño en una institución durante los primeros años de vida puede tener efectos desfavorables sobre su desarrollo afectivo. Estos hechos eran conocidos desde hace tiempo y fueron algunas publicaciones pediátricas las primeras en recopilar información de forma sistemática sobre este concepto, destacan entre ellas las aportaciones de Chapin en 1908 y, posteriormente los trabajos de Theis en 1924 y Aichorn en 1951. Pero fue hasta los años 30's y 40's cuando empezaron a aparecer informes amplios y contundentes matizándose de una forma científica los aspectos psicológicos y psiquiátricos de los niños institucionalizados. Numerosos trabajos fueron avanzando en cuanto a la descripción de los efectos del ingreso temprano en instituciones, y todos coinciden en señalar que los niños que habían sufrido la experiencia de privación habían perdido la capacidad para establecer relaciones íntimas y duraderas (Jansson, Romine, Hannon & Tepper, 1995).

Durante los años 40's y 50's, los especialistas en desarrollo infantil crearon impresionantes estudios acerca de los hijos de mujeres presas y con enfermedades mentales en orfanatorios, casas cuna y guarderías. A partir de 1940, Spitz y Wolf aportan una documentación directa, organizada y rigurosa acerca de los efectos psicológicos nocivos que produce el internamiento durante el primer año de vida en instituciones desprovistas de una madre sustituta adecuada. En los niños que sufrían una privación continua aparecía un embotamiento o una grave alteración en su desarrollo intelectual, afectivo, social y físico,

y los que eran separados de sus madres presentaban graves depresiones durante el final del segundo semestre de vida. Siguiendo en la misma línea, los estudios de Goldfarb (1946) acerca de niños adoptados provenientes de orfanatorios nos revelan que estos niños sufren de efectos de privación a largo plazo y ausencia de estimulación apropiada, lo cual se manifiesta en afecto indiscriminado, demandas o conductas extremas para llamar la atención, escasa relación social con pares, conductas de tipo autista, hiperactividad, agresión (incluyendo actos de crueldad), berrinches, escaso pensamiento de causa-efecto, ausencia del concepto de tiempo, pasado o futuro, etc.

En los años 40's, John Bolwby continuó con el estudio de la importancia del desarrollo de la relación entre un infante y la persona con la que interactúa más frecuentemente, a la cual llamó apego. El apego surge del sentimiento de seguridad emocional en el bebé, quien recuerda al cuidador como una base segura para poder explorar el entorno. Este autor escribió la monografía "Cuidado maternal y salud mental", publicada en 1951 por la Organización Mundial de la Salud, donde estudió las conductas de interacción del bebé y su cuidador. La reciprocidad y sensibilidad del cuidador hacia el bebé marcan el vínculo entre ellos y así se forma el apego. Por su parte, Ainsworth (1961) realizó investigaciones basadas en la manera en que el niño depende de su madre para construir nuevas experiencias. Un niño con apego seguro se vincula con el cuidador, es libre de explorar su medio y aprender nuevas cosas. En 1966, las doctoras Provence y Lipton del Centro de Investigación Infantil de Yale, escribieron un trabajo llamado Institucionalización, Infantes e Instituciones. Su estudio revela que la privación en la infancia hace que los niños presenten dificultades de interacción debido a que nadie les ha dado consistentemente la estimulación sensorial apropiada, reforzamiento contingente y rápido alivio al estrés. La experiencia inconsistente con múltiples cuidadores obstaculiza el reconocimiento de los niños provocando la ausencia de un apego seguro. Provence y Lipton encontraron que, en las áreas de desarrollo socio-emocional, los niños institucionalizados muestran dificultades para controlar impulsos, poca habilidad para posponer la gratificación, mínima persistencia en la solución de problemas, baja tolerancia a la frustración, poca habilidad para generalizar información aprendida, y para construir un pensamiento original y creativo.

Niños con alteraciones en el apego fracasan al iniciar interacciones sociales, ya que pueden mostrarse ambivalentes o bien presentar respuestas sociales contradictorias, incluyendo respuestas de evasión al contacto con otras personas, vigilancia extrema, inhibición excesiva, o respuestas apáticas ante interacciones sociales, y afecto indiscriminado (Jansson, et al,1995).

Desde el punto de vista pediátrico, las observaciones de Bawkin (1942) y otros autores, realizadas con niños con enfermedades crónicas, señalaron que una privación afectiva total tiene efectos nocivos sobre el desarrollo físico y el psicológico: posibilidad de presentación de marasmo y aumento de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas en niños pequeños sujetos a prolongadas hospitalizaciones. Otras aportaciones hacen referencia a los efectos de separaciones transitorias y breves en instituciones. En general se ha observado una uniformidad de reacciones de tipo regresivo o de angustia en estos niños, y en la mayoría de los casos son reacciones transitorias.

Por otro lado, los efectos de la deprivación en animales fueron objeto de numerosos estudios clínicos en los 40's y 50's. Ralph Thompson y Ashley Montagu determinaron que el contacto físico tiene la mayor importancia para predecir la conducta posterior de los animales, especialmente los humanos, y cuando se priva de esta estimulación se observan patrones anormales de conducta. Los famosos experimentos de Harlow con monos en 1969, indican que el contacto físico es esencial para el desarrollo normal.

Estudios fisiológicos del cerebro han indicado que la estimulación temprana guía el proceso por el cual se desarrollan las neuronas y las sinapsis en el cerebro del niño. Un medio ambiente adverso activa la producción de hormonas que afectan las funciones del cerebro incluyendo el aprendizaje y la memoria, cuyos efectos pueden ser permanentes. La investigación da bases científicas para la observación de niños que han experimentado estrés extremo en los últimos años, estos niños tienen un gran riesgo de desarrollar una variedad de dificultades cognitivas, conductuales y emocionales (Jansson, et al,1995).

Se ha observado que como resultado de una privación severa en las instituciones, los niños presentan retrasos en su desarrollo motor, del lenguaje, incapacidad para establecer comunicación verbal y contacto visual, desórdenes de alimentación, desórdenes del sueño, hipersensibilidad al ruido y al tacto, y ciertos comportamientos repetitivos no funcionales, susceptibilidad a infecciones.

Actualmente es difícil llegar a ver las situaciones casi marasmáticas que fueron descritas en otras épocas en los internados, pues la vida de los niños ha cambiado de una forma espectacular en todos los órdenes: nutricionales, espacio físico, atención sanitaria, profesionalización del personal, etc.

Por otro lado, los niños que han sido objeto de abuso o negligencia, presentarán algún grado de desorden de estrés postraumático, y cualquier niño que ha sufrido pérdidas o separaciones presentará algún grado de depresión (Jansson, et al, 1995).

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

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

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

## REPERCUSIONES SOBRE EL DESARROLLO

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

-Desde el nacimiento hasta la edad preescolar. En los niños institucionalizados antes de los 2 años de edad la disminución del cociente de desarrollo se manifiesta sobre todo en el aspecto motor, debido a que el niño permanece en la cuna la mayor parte del tiempo. Por otro lado, Buhler (1966), constató que la carencia del entorno afecta más a la adquisición del lenguaje. En general, en las instituciones la conducta motriz está relativamente menos atrasada que la verbal, la adaptativa y otros aspectos del desarrollo.

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

## REPERCUSIONES PSICOAFECTIVAS

Las necesidades fisiológicas y afectivas son distintas según la edad y la constitución de cada individuo. A menor edad del niño, menos estructurada tiene la organización de su personalidad y mayor es la posibilidad de producir trastornos de conducta, así como mayor es la influencia de los acontecimientos externos y su entorno. El abandono afectivo impide la estructuración de la personalidad por las vías normales del crecimiento; esta fijación desencadena un comportamiento con dependencias exageradas, agresividad latente, y ensimismamiento. La incapacidad para la respuesta afectiva no sólo se detecta en niños que carecieron de atención materna desde su nacimiento, sino también en niños adoptados al finalizar el segundo año de vida. Una carencia afectiva más tardía, cuando el niño ya se ha

beneficiado de los efectos de la comunicación y ha creado las bases de su evolución, puede producir fenómenos regresivos o esquemas deformados de organización.

## INSTITUCIONES

La existencia de niños en las instituciones es el resultado de una intervención social, derivada de la aplicación de las leyes sobre protección del menor que se encuentra en desamparo.

Existen múltiples definiciones de institución; se puede entender como “una organización de carácter público o semipúblico, que supone un cuerpo directivo y un edificio o establecimiento físico, destinado a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado” (Díaz Huertas, 1997). Los centros de menores, protección y reforma son una institución que se organiza en torno a un objetivo, bajo unas normas y una organización, y están constituidos por una serie de personas con unas relaciones más o menos estables. En la práctica, es un marco físico abierto o cerrado, dotado de un equipo multidisciplinario especializado en prestar cuidados a los niños desde todos los niveles necesarios para favorecer un desarrollo físico, psíquico y social (Zahonero, citado en Díaz Huertas, 1997).

De cualquier manera, una institución es un medio artificial en donde los adultos cuidan a los niños en condiciones muy particulares.

## MOTIVOS DE INGRESO

Los motivos de ingreso de los menores a las instituciones pueden ser:

- Orfandad
- Prisión de ambos padres.
- Enfermedad incapacitante de los padres.
- Falta de reconocimiento del niño por parte de los padres o de algún familiar.
- Abandono total del niño y desentendimiento completo de su compañía y cuidado.
- Maltrato emocional.
- Maltrato físico.
- Abuso sexual.

En la Casa Hogar para niñas los requisitos para el ingreso son un Coeficiente Intelectual superior a 75 (límitrofe), no padecer daño orgánico, que sean mayores de cinco años y menores de catorce.

Las características familiares más frecuentemente encontradas en los niños institucionalizados de acuerdo con Manchón y Mejías (1993) son:

- Bajo nivel educativo.
- Escasez de recursos económicos.
- Actividades de tipo marginal.
- Carencia de vivienda, o vivienda inadecuada.
- Enfermedad física o mental de algún miembro familiar.
- Padres dependientes de alcohol o drogas.
- Padres que ejercen una función educativa distorsionada.
- Negligencia en cuidados físicos y/o psicológicos.
- Relaciones familiares conflictivas.

Las características de personalidad del niño institucionalizado hacen referencia a un potencial intelectual normal con un rendimiento escolar disminuido por los problemas emocionales. Los hechos vividos y el tipo de vínculos distorsionados con sus padres suelen crear un “síndrome abandonico” (Díaz Huertas, 1997), caracterizado por reacciones emocionales impulsivas que oscilan de un desapego afectivo hasta las dependencias masivas. Los niños más pequeños frecuentemente presentan retraso del desarrollo, alteraciones del sueño, enuresis, desmotivación expresada en forma de aburrimiento y conducta pasivo-agresiva. Los mayores presentan baja autoestima y frecuentemente manifiestan sus conflictos en forma de conducta antisocial, ausentismo escolar, fugas, hurtos y consumo de alcohol o drogas.

Estos niños presentan una serie de carencias y necesidades básicas, que el estado, y por tanto la institución deben garantizar y proteger.

Por lo tanto, es importante que la institución ofrezca a cada niño un adecuado desarrollo que consista en un marco de vida organizado, con estabilidad de las personas que le cuidan y del entorno físico.

En los menores de 2 años, la estabilidad de los cuidadores se convierte en una condición imprescindible para que se logren los procesos mentales y se construya una relación afectiva privilegiada y significativa con el adulto. Esto se logra a finales del primer año y se manifiesta en la conducta de apego.

Por otro lado, se habla de una privación y falta de estimulación en las instituciones, la cual se refiere a las condiciones deficientes en que se desarrollan los niños, la pobreza de estímulos, las escasas interacciones con el adulto y la carencia de relaciones interpersonales. Actualmente se trata de atender a los niños con los mínimos cambios posibles de personal, y de ofrecerles actividades lúdicas y placenteras.

Cualquier niño requiere de un espacio físico estable, propio y adaptado a su edad y necesidades, así como una estructuración ordenada y repetida del tiempo, tales condiciones son prioritarias para aquellos que han vivido en medios desorganizados y caóticos.

Existen casos en que es necesario analizar y determinar si la separación del menor de su familia es una medida de protección adecuada o serán mayores los efectos negativos. Se debe tratar el problema del niño en su contexto ya que el menor es sólo una víctima del medio, por este motivo al separarlo del mismo no se está resolviendo su problema sino solamente se le está alejando de él.

## **FAMILIA**

Todo induce a pensar que la familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, la cual sobrevivirá de una forma u otra mientras exista nuestra especie.

Sin embargo, no se conocen de manera exacta los orígenes de la familia ni las etapas que ha atravesado en el curso de su desarrollo hasta llegar a la actual multiplicidad de formas. Por lo tanto, todo lo que se diga sobre el origen y la evolución de los tipos de familia se ha de considerar como una mera suposición.

La familia es un grupo solidario en que el status, los derechos y obligaciones se definen básicamente por la simple pertenencia al mismo y por las diferenciaciones secundarias de edad, sexo, y vinculación biológica.

En vez de definir a la familia en términos impersonales y emocionalmente neutros se le trata como una red de relaciones emocionalmente cargadas y se considera que el afecto mutuo entre sus miembros es la base de su solidaridad y su lealtad.

La familia, como institución encargada de múltiples y diversas tareas, surge del hecho de la larga dependencia del niño en un proceso de compleja interacción entre la sociedad y el individuo.

Podemos definir a la familia como: “el conjunto de personas de la misma sangre, que viven bajo un mismo techo y que particularmente está integrada por el padre, la madre y los hijos, aunque también se pueden agregar abuelos, tíos y primos” (Amaya de la Soledad, & Mercado, 1994).

Cuando se habla de familia generalmente nos referimos a un grupo de adultos y de niños que viven juntos durante un tiempo prolongado. La familia funciona como el sistema fundamental en el cual se dan las experiencias del niño, es un complejo de interrelaciones

dinámicas entre los mundos interiores de todos los que viven en la relación familiar; la conducta del niño, sus ideas, sus pensamientos y fantasías influyen en las vidas de quienes viven con él y asimismo las conductas, las ideas, los pensamientos y fantasías de los otros influyen en la vida del niño. Por lo tanto, la familia es una unidad socialmente articulada en la que un sistema de seres humanos de diferentes edades están interrelacionados biológica y psicológicamente y que tienen entre todos, un conjunto de recursos que utilizan para adaptarse a las situaciones psicológicas, sociales, y físicas por las que atraviesan.

Por otro lado, este grupo familiar se encuentra inmerso en un contexto cultural específico que va a contribuir en la formación de patrones de crianza infantil y en las experiencias de los niños.

La familia constituye el ambiente social al que son expuestos los niños la mayor parte del tiempo, y de las relaciones que se establezcan entre sus miembros va a depender en gran medida el desarrollo adecuado del proceso de socialización en los pequeños. Según Saucedo (1985), la influencia de la familia es la más importante y más temprana transición de la cultura y del aprendizaje de normas.

El núcleo familiar va a guiar al niño en su proceso de socialización y educación, así como en el desarrollo de su personalidad. En general los padres y las madres tienen diferentes funciones en el grupo familiar, la madre generalmente se encarga del afecto, el padre de la autoridad, los hermanos de la rivalidad, y el hogar de la solidaridad, pero las prácticas de crianza varían mucho en cada tipo de familia y sociedad. A medida que el niño crece, la presencia de hermanos y hermanas desempeña un papel muy importante en su socialización y en el desarrollo de una personalidad flexible. Los hermanos mayores le dan objetivos conscientes y modelos de comportamiento perfectamente comprensibles por él y al alcance de su desarrollo. En la interacción constante con individuos, el niño puede llegar a una valoración realista de sus aptitudes y defectos, así como también de las pautas de conducta social más adecuadas.

A pesar de la aparición de instituciones extrafamiliares como las guarderías y la escuela, y de su intrusión en la función básica de la familia, es decir, en la educación de los hijos, es indudable que la familia sigue siendo el mejor organismo para el cuidado, y sobretodo para la socialización del niño. Hay pruebas muy sólidas de que el desarrollo sano y adecuado del individuo exige no solo la satisfacción de sus necesidades físicas, sino también una atención y amor personalizados. Esta última necesidad no puede ser satisfecha totalmente por ninguna institución, ya que para la perpetuación de una sociedad sana parece indispensable la perpetuación de la institución familiar.

Las sociedades tienen diferencias para definir lo que es un grupo familiar, para determinar quién debe proveer el sostén necesario a los miembros de la familia y para definir las responsabilidades a que los adultos deben responder en su papel de padres. Se sabe que los recursos que los padres ponen a disposición de la familia tienen una enorme importancia en el desarrollo de los niños.

El núcleo familiar se encuentra inmerso en una estructura de parentescos, los miembros de la familia extendida brindan la oportunidad de conocer la cultura y de identificarse con su grupo, además proporciona importantes recursos para el cuidado del niño, y en casos de problemas extremos como la enfermedad de los padres, el desempleo o la destrucción de la vivienda familiar pueden brindar un refugio temporal al sentimiento de desamparo.

#### LA FAMILIA COMO SISTEMA FUNCIONAL O DISFUNCIONAL

Ackerman (1966), define a la familia como el grupo donde experimentamos nuestros amores más fuertes, nuestros odios más grandes, donde disfrutamos las satisfacciones más profundas y las penas más intensas.

Podemos ver a la familia como un sistema abierto, en el cual cada individuo produce acciones y éstas producen a su vez reacciones y contrareacciones en los demás y en él mismo, por lo que para poder entender su funcionamiento se requiere de conocer sus relaciones interpersonales (Sauceda, 1985).

Dentro del sistema familiar actúan fuerzas, más o menos determinantes del buen funcionamiento de esta unidad biológica-natural. A este conjunto de fuerzas Jackson (1965), las denominó dinámica familiar, y le atribuyó un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia. Además, también existe un equilibrio interno que la mantiene unida a pesar de las presiones internas y externas, éste equilibrio opera a través de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios.

Según Chagoya (1975), una familia funcional es aquella donde los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en lucha continua, lo cual no excluye que existan dentro de ellos sentimientos negativos (odios, celos, ambivalencia, e insatisfacciones), a pesar de los positivos (amor, altruismo, respeto, etc.).

Satir (1992), utiliza los siguientes criterios para determinar el grado de funcionalidad en una familia:

-Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente. En cambio en una familia disfuncional la comunicación tiende a ser oscura, indirecta, inespecífica e incongruente.

-Individualidad: La autonomía de sus miembros es respetada en una familia funcional y las diferencias individuales no sólo son toleradas sino estimadas para favorecer el crecimiento individual de cada uno y del grupo familiar.

-Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En una familia disfuncional el parámetro más importante es quién va a salirse con la suya y, como consecuencia, los problemas tienden a no ser resueltos porque nadie quiere perder.

-Respuesta ante las demandas de cambio: Un sistema familiar funcional es lo suficientemente flexible como para cambiar cuando las demandas internas o ambientales

así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que alguno de los miembros desarrolle síntomas. En una familia disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen el desarrollo de psicopatología, (angustia, depresión, trastornos de conducta), cuando las demandas externas o internas amenazan romper la homeostasis. De acuerdo con este enfoque se considera que el paciente identificado ha sido llevado por su familia a asumir el papel de enfermo, y su enfermedad desempeña funciones homeostáticas en la familia.

### LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Los diversos cuadros sintomáticos en los niños provienen de trastornos en el desarrollo, pero no se debe limitar a buscar desajustes o desequilibrios de desarrollo en los factores individuales de éste, sino que es conveniente revisar de manera sistemática el funcionamiento familiar, ya que es aquí en donde residen la mayor parte de las influencias decisivas en el desarrollo normal y patológico.

Al estudiar los problemas psicológicos de los niños nos encontramos con que una gran mayoría son desencadenados o perpetuados por actitudes inadecuadas de los padres, principalmente por sobreprotección o rechazo. Además en muchas ocasiones éstas actitudes se relacionan ya sea directa o indirectamente con dificultades conyugales de los padres y sus consecuencias en el manejo de los hijos. Ciertamente existen factores constitucionales en los niños que los hacen más o menos vulnerables a las adversidades ambientales (Thomas & Chess, 1970), pero resulta indudable en la práctica clínica que la modificación positiva de la conducta de los padres es fundamental y a veces suficiente en la corrección de la psicopatología infantil, y para esto es importante identificar la forma como los padres rechazan o sobreprotegen al niño.

Podemos decir que existen dos factores principales en el buen manejo de los hijos, y estos son, amor y disciplina. El exceso o defecto de cualquiera de estos dos elementos puede producir psicopatología en el niño.

No todos los padres obtienen la satisfacción personal que la paternidad podría ofrecerles, propiciando un continuo de actitudes paternas abusivas que van desde la falta de interés hasta la explotación, hostilidad y agresividad abiertas.

Existen situaciones de tensión específicas para el cuadro de la violencia, y son las condiciones de vivienda, el tamaño de la familia, el desempleo y el aislamiento social.

La violencia es un factor cíclico, pues comienza en la familia desde que el niño es pequeño y no recibe los cuidados y atenciones necesarios, de este modo aprende que su vida tiene muy poco valor. Por otro lado se da cuenta de que la violencia es una forma de resolver problemas, y en la escuela puede ser una manera de ser aceptado por el grupo de niños.

Los niños pueden empezar siendo únicamente testigos de violencia intrafamiliar, sin embargo, en muchas ocasiones terminan siendo parte de esta violencia recibiendo también maltrato físico, verbal, y psicológico.

## **MALTRATO INFANTIL**

Los malos tratos hacia los niños por parte de las personas mayores y especialmente de sus padres son una constante histórica que en mayor o menor medida se presenta en todos los tiempos y culturas. La violencia hacia los niños se ha manifestado de formas muy diferentes como maltrato físico, infanticidio, maltrato emocional, negligencia, abandono, explotación laboral, abuso sexual, etc. Existen mitos acerca de que los agresores son únicamente individuos psicóticos, retrasados mentales, obnubilados por el alcohol o las drogas, o abrumados por la pobreza, pero la realidad es que la explotación infantil no depende de los estados mentales ni de clases sociales.

Hasta 1946 el maltrato infantil era desconocido por los profesionales de la salud. Los primeros indicios acerca del tema son las publicaciones de Ambrosio Tardieu en 1860 basadas en sus experiencias tanatológicas y médico-legales, las cuales recogen los hallazgos de las autopsias de 32 niños que presentaban golpes y quemaduras. Por su parte, en el mismo año Athol Johnson del Hospital para Niños Enfermos de Londres, llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en menores.

Los médicos y profesionales de la salud consideraban que lo único que les concernía acerca del maltrato eran las lesiones, y que su misión era tratar exclusivamente la enfermedad sin atender los problemas sociales. Con la ayuda del desarrollo de la pediatría, la puericultura, y de las campañas medicosociales de protección a la infancia en la segunda mitad del siglo XX se comienza el reconocimiento del maltrato infantil como una entidad clínica.

De 1946 a 1961 se da lo que sería la etapa científica, en la cual los profesionales publican artículos sobre las lesiones sin identificar su etiología. John Caffey en 1946 describe a seis pacientes con hematoma subdural y un total de 23 fracturas de huesos largos sin que existieran otros problemas de salud que predispusieran las fracturas. Posteriormente en 1953, su discípulo Silverman atribuye estas lesiones a traumatismos no

accidentales por negligencia o agresiones intencionales. Por otro lado en 1955, Wooley y Evans publicaron un trabajo en el que se insinúa que la etiología de algunas lesiones traumáticas en niños era la violencia de los padres o personas al cuidado del niño.

En 1961 Henry Kempe, médico pediatra del Hospital General de Colorado en Estados Unidos, denunció públicamente el maltrato después de haber observado en un sólo día a cuatro niños brutalmente golpeados por sus padres, y en 1962 describe por primera vez un cuadro clínico llamado “Síndrome del Niño Apaleado” para describir clínicamente lesiones que presentaban niños que habían sufrido agresiones de tipo físico como fracturas óseas, hemorragia intracraneal, hinchazón de tejidos blandos, hematomas y contusiones, generalmente efectuadas de manera intencional por sus padres o cuidadores. Es a partir de este momento cuando comienzan a publicarse numerosos trabajos contribuyendo al conocimiento del abandono y el maltrato infantil, ampliándose el concepto de los malos tratos físicos.

Posteriormente de 1975 a 1985, se reconoce la gravedad del problema del maltrato infantil por su frecuencia y consecuencias, y se incorpora el diagnóstico del “Síndrome del Niño Maltratado”, en el cual se habla de una concepción más amplia y no sólo física del maltrato, desarrollándose investigaciones y legislaciones al respecto.

A partir de 1985, la prevención del maltrato infantil comienza a considerarse como una prioridad y se desarrollan programas de apoyo.

En las últimas décadas se han experimentado importantes cambios que afectan a la infancia como son:

- El reconocimiento de los Derechos de los Niños.
- Caidas de las tasas de natalidad.
- Progresiva participación de las instituciones en el cuidado y educación de los niños.
- Incorporación social de la mujer.
- Redefinición de las relaciones padres-hijos.
- Influencia de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías.

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

El siglo XX ha significado una transformación de la sociedad y avance en los derechos del hombre y especialmente de los niños, la mejora de la asistencia sanitaria, disminución de la mortalidad infantil, mejora educativa; por lo que se le considera como el “siglo de la infancia”.

Según datos actuales, los índices de maltrato infantil en el hogar en los países de occidente están descendiendo lentamente. En general los niños se han convertido en seres más deseados y de mayor valor sentimental para los progenitores. Otros factores influyentes en este descenso incluyen la mayor conciencia y rechazo social de la violencia en el hogar gracias a los medios de comunicación, y al efecto de las nuevas leyes más severas contra el maltrato infantil. De cualquier manera, todavía se descubren muchos de estos casos.

## CONCEPTO

El concepto de maltrato infantil inicialmente se refería al maltrato físico con predominio de criterios médico-clínicos, a la explotación laboral y al trabajo de los niños; actualmente las definiciones del maltrato se basan en las necesidades y derechos de los menores. Para poder definir el maltrato se deben unificar distintos modelos de trabajo e intervención, y los distintos aspectos clínicos, psicosociales y judiciales que condicionan la utilización de diferentes criterios en la conceptualización del maltrato.

La Convención de los Derechos de los Niños, aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 20 de Noviembre de 1989, en su artículo 19, se refiere al maltrato infantil como “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo” (Díaz Huertas, 1997).

La historia de los malos tratos en la infancia y su definición comienza con la introducción del término del Niño Apaleado por Henry Kempe en 1962. Posteriormente, Fontana en 1963 introduce en el concepto otras formas como la privación emocional, malnutrición y negligencia.

El reconocimiento del abuso sexual como una forma de maltrato infantil también coincide cronológicamente con el del maltrato físico. Se inició con Freud (1856-1939), posteriormente en los años 50's con los estudios de Kinsey, pero es en la década de los 60's cuando se reconoce la importancia social del problema, iniciándose el estudio científico de su incidencia y reconociéndose su importancia clínica.

La aproximación al concepto del maltrato se ha realizado desde los campos, jurídico, educativo, social y psiquiátrico. Su evolución y ampliación se debe al avance de la sociedad en relación con la infancia, con sus derechos y libertades, desarrollo socioeconómico, educación, y con la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios.

A partir de lo anterior y de la descripción del maltrato infantil del Centro Internacional de la Infancia de París se establecen los malos tratos hacia la infancia como: "Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad" (Díaz Huertas, 1997).

Primero Rivas, en el XXIII Congreso Nacional de Pediatría en México en 1992, propuso que el maltrato a los niños es "una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento

escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional” (Loredo, 1994).

## CLASIFICACIÓN

El maltrato no es un hecho o un acontecimiento aislado, sino que es un proceso determinado por la interacción de varios factores de tipo: social, familiar, individual, etc., por lo que en este problema no es tan importante el conocimiento etiológico específico como el reconocer la existencia de una multicausalidad, y su clasificación sólo implica determinar el problema más relevante que afecta al niño y que determina su detección.

Según Díaz Huertas (1997b), el maltrato infantil se puede clasificar en:

-Maltrato por acción o maltrato físico, es el más fácil de detectar y el que más se diagnostica, y se define como cualquier intervención, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en situación de grave riesgo de padecerlo.

Las formas de presentación del maltrato físico pueden ser: lesiones cutáneas (escoriaciones, esquimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeo, asfixia, intoxicaciones, etc. y síndrome de Münchhausen.

-Maltrato por omisión-negligencia, es otra forma de presentación de los malos tratos con manifestaciones físicas, que consiste en dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de protección, o al cuidado inadecuado del niño. El máximo grado es el *abandono* que tiene repercusiones psicológicas y somáticas características, e incluso se podría hablar de una situación sanitaria específica de aquellos que son atendidos en instituciones de protección a la infancia.

-Maltrato emocional, todas las formas de maltrato tienen repercusiones sobre el área psicológico-emocional del niño, siendo, además el maltrato emocional una entidad clínica

capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos, por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y característicos del niño.

Formas de maltrato emocional son: conductas activas (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales) o por omisión/negligencia (privación afectiva), no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.) y abuso pedagógico.

-Abuso sexual, es una de las formas más frecuentes de maltrato infantil, y se define como la implicación de niños en actividades sexuales para satisfacer las necesidades de un adulto, siendo formas de abuso sexual: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, estimulación sexual, etc.

## EPIDEMIOLOGÍA

Resulta de gran importancia para el estudio del maltrato infantil conocer no sólo su incidencia y su prevalencia, sino también los factores de riesgo, efectos a corto y a largo plazo en el desarrollo del niño, y las necesidades en su prevención y tratamiento.

Las características propias del maltrato infantil hacen que el conocimiento real de su frecuencia sea desconocido ya que muchas veces se produce dentro de la misma familia, y no se llevan a cabo las denuncias. Otro factor que influye directamente en el desconocimiento de las dimensiones del problema es la falta de notificación de los profesionales.

La falta de registros dificulta la aproximación al conocimiento del problema. En un estudio realizado en 1992 en treinta países, 14 en vías de desarrollo y 16 desarrollados, sólo la mitad de los países desarrollados y un tercio de los países en vías de desarrollo disponían de registros centralizados, y en muchos países la información era fragmentada con escasa comparabilidad (Díaz Huertas, 1997).

La exactitud de los porcentajes no es segura, pero se dice que sólo se detectan del 10 al 20% de los casos que existen, siendo múltiples los factores de sesgo y distorsión en los estudios existentes debido a los instrumentos que se utilizan, personas que sirven de informantes y dificultad para definir determinadas conductas como maltratantes.

Las sociedades más desarrolladas detectan un mayor número de casos de maltrato y abandono infantil, lo cual no quiere decir que su prevalencia sea mayor sino que, el desarrollo y el conocimiento de las necesidades y derechos de la infancia, junto a la existencia de mejores redes de atención sanitaria, social, educativa, y una mayor sensibilización favorecen la detección de los casos.

En Estados Unidos en 1980, se estimaba que entre 1.4 y 1.9 millones de niños al año se encontraban en situación de grave riesgo de ser maltratados con unas tasas de maltrato infantil del 15 por 1000 del total de niños (Díaz Huertas, 1997).

Un total de 2.4 millones de casos de niños maltratados se registraron en 1989, de los que aproximadamente un 27% presentaba maltrato físico, 16% abuso sexual, 8% maltrato emocional, y 55% negligencia, falleciendo 1, 237 niños por esta causa. Se considera que en la actualidad del 1 al 2% de los niños de Estados Unidos son víctimas de cualquier modalidad de abuso, y es necesario saber que en dos terceras partes de los casos la agresión ocurre dentro del hogar, un importante número de casos presentaban pobreza, altos niveles de violencia familiar y toxicomanías (Díaz Huertas, 1997).

La situación de la infancia en América Latina está marcada por la pobreza extrema que aproximadamente afecta a la mitad de la población total, de la que 200 millones son niños. Probablemente Brasil sea uno de los países que presenta mayor problema al respecto, 62 millones de personas son menores de 19 años, y el 58% proviene de familias cuyo ingreso mensual per cápita es cuatro veces menor al considerado como mínimo. De ese grupo de edad, 20% ha sido abandonado o bien, separado de las familias y vive en las calles. Cada año 4.3 millones de niños de edades entre 7 y 14 años se quedan sin escuela, y

17% de menores cuyas edades oscilan entre 10 y 14 años es analfabeta. En 1988 y 1989 se registraron en el Programa de Asistencia Legal para el menor 800 niños víctimas de violencia (Loredo, 1994).

Datos acerca de México nos refieren que en el primer semestre de 1992 se atendieron 65,055 menores maltratados y víctimas de abuso. De 1984 a 1991 se atendieron 173 pacientes referidos por maltrato en el Instituto Nacional de Pediatría de la ciudad de México, y que año con año se incrementan de 20 a 25 casos nuevos. Estudios familiares de estos 173 casos nos indican que los padres de 44 niños están casados, 56 viven en unión libre, 38 de los casos no se documentó a este respecto, 17 son madres solteras, de 12 son padres separados, y 6 son viudas. En cuanto al parentesco del agresor con el niño maltratado, 63 de los 173 casos son las madres quienes maltrataron al menor, 38 fue el padre, en 15 de los casos fueron ambos padres, 19 fue el padrastro, 10 la madrastra, 11 los tíos, y 6 no se documentaron al respecto (Loredo, 1994).

Datos más recientes revelan que en 1997 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), recibió más de 25 mil denuncias por maltrato a menores en todo el país, de los cuales el 75% del total de niños atendidos por la institución fueron menores de 11 años.

El maltrato físico ocupó el 36% de las denuncias, seguido del emocional con el 20%, la omisión de cuidados con el 22%, la agresión sexual 4%, y la explotación sexual comercial 0.9% (Lagunes, 1998).

En 1998 se registraron en el DIF 25,259 casos de maltrato a menores a nivel nacional (Colin, M., 1999, 19 de Enero. El Sol de México). El estado de Nuevo León ocupó el primer lugar en casos de maltrato a menores en 1998, siendo 702 niños y 830 niñas las víctimas. El segundo lugar lo ocupa el estado de Chihuahua con un total de 149 niños y 1044 niñas maltratados. En tercer lugar se encuentra el Distrito Federal con 873 casos de niños y 718 casos de niñas maltratadas.

Otras entidades como Puebla, Tlaxcala, y Aguascalientes, fueron quienes tuvieron el menor número de agresiones a menores de edad en números que van desde 18 hasta los 35 casos (Casa, D., 1999, 3 de Mayo. El Universal).

En 1998, la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia del DF recibió 3,000 casos de personas agredidas; el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) atendió 14, 205 víctimas, y el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales a 4,793. Por otra parte, en Niñotel, del 1 de Enero al 31 de Octubre, se recibieron 2,136 llamadas sobre maltrato infantil, de las que resultó que el más frecuente fue la combinación del maltrato físico y emocional con 38%, con uso de violencia física 34%, y por abandono o negligencia 17% (Colin, M., 1999, 19 de Enero. El Sol de México).

En la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) se reciben en promedio cada año mil denuncias por maltrato a menores, siendo las víctimas infantes recién nacidos, hasta los 11 años de edad. Este fenómeno registra los mayores índices en las delegaciones Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero e Iztapalapa (Otero, S., 1999, 02 de Mayo. El Universal).

En 1999 se registraron en el DIF 25, 046 denuncias de maltrato infantil, de las cuales se comprobaron 14, 054, y sólo 1, 967 denuncias fueron presentadas ante el ministerio público. El total de niños maltratados atendidos fue de 24, 927; 12, 516 niños y 12, 433 niñas. El Estado de México recibió el mayor número de denuncias con un total de 4,652, seguido de Coahuila con 2, 448, Guanajuato con 2, 219, Nuevo León con 1, 901, Distrito Federal con 1, 782 y Baja California Norte con 1, 696 (Tabla 1).

El mayor índice de maltrato se dio en los niños de primaria con 10, 531 casos, luego los lactantes con 4, 649 casos, 3, 495 casos de niños sin escolaridad, 3,331 casos de menores en Jardín de niños, 2,291 a nivel secundaria y 329 a nivel preparatoria (Tabla 2).

## Concentración de datos estadísticos de menores maltratados

Enero-Diciembre 1999

DIF ESTATAL	DENUNCIAS RECIBIDAS	DENUNCIAS EN LAS QUE SE COMPROBEA EL MALTRATO	DENUNCIAS PRESENTADAS ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO	MENORES MALTRATADOS ATENDIDOS	TOTAL DE NIÑOS MALTRATADOS	TOTAL DE NIÑAS MALTRATADAS
AGUASCALIENTES	249	154	9	413	199	214
BAJA CALIFORNIA	1,696	495	165	789	425	364
BAJA CALIFORNIA SUR	179	123	6	139	72	67
CAMPECHE	193	47	3	76	38	38
CHIAPAS	287	184	25	410	180	230
COAHUILA	2,448	1,772	74	4,150	2,168	1,982
COLIMA	165	102	9	194	94	122
DISTRITO FEDERAL	1,782	704	26	1,608	874	734
DURANGO	1,048	636	130	1,231	634	597
ESTADO DE MEXICO	4,652	1,854	190	1,885	959	926
GUANAJUATO	2,219	1,509	119	1,872	946	926
GUERRERO	74	54	4	57	42	15
HIDALGO	383	321	94	321	151	170
JALISCO	807	616	112	1,358	561	797
MICHOACAN	289	210	9	202	112	90
MORELOS	307	25	7	212	111	101
NAYARIT	260	106	16	218	118	100
NUEVO LEON	1,901	1,160	37	3,067	1,506	1,561
OAXACA	268	199	14	499	234	265
PUEBLA	623	105	65	173	75	98
QUERETARO	437	258	107	506	276	230
QUINTANA ROO	610	571	142	675	331	344
SAN LUIS POTOSI	400	227	12	476	283	193
SINALOA	805	651	41	1,255	602	653
SONORA	499	322	23	743	395	348
TABASCO	451	233	85	233	115	118
TAMAULIPAS	586	356	55	389	169	220
TLAXCALA	47	47	47	47	24	23
VERACRUZ	493	333	184	622	313	309
YUCATAN	755	586	125	954	434	520
ZACATECAS	133	94	32	153	75	78
<b>TOTALES</b>	<b>25,046</b>	<b>14,054</b>	<b>1,967</b>	<b>24,927</b>	<b>12,516</b>	<b>12,433</b>

Tabla 1

Fuente: {www.DIF.gov.mx}

## Concentración de datos estadísticos de menores maltratados

Enero-Diciembre 1999

DIF ESTATAL	ESCOLARIDAD DEL MENOR MALTRADO					
	LACTANTES	JARDÍN DE NIÑOS	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPA	SIN ESCOL.
AGUASCALIENTES	34	85	197	26	2	69
BAJA CALIFORNIA	209	118	324	36	2	93
BAJA CALIFORNIA SUR	36	26	61	5	1	10
CAMPECHE	11	3	32	5	0	25
CHIAPAS	46	67	141	23	2	125
COAHUILA	975	493	1,692	369	53	515
COLIMA	48	46	77	17	1	27
DISTRITO FEDERAL	137	187	693	153	20	421
DURANGO	334	124	511	94	13	155
ESTADO DE MEXICO	280	203	891	182	36	255
GUANAJUATO	187	286	872	233	31	263
GUERRERO	8	20	12	1	0	16
HIDALGO	58	68	158	34	2	1
JALISCO	253	123	528	75	5	237
MICHOACAN	35	31	66	7	2	56
MORELOS	43	14	78	17	9	14
NAYARIT	54	33	104	15	1	10
NUEVO LEON	760	429	1,285	305	42	246
OAXACA	81	62	193	49	8	119
PUEBLA	14	17	55	19	5	68
QUERETARO	96	71	196	20	3	90
QUINTANA ROO	116	128	285	96	7	53
SAN LUIS POTOSI	104	68	160	31	6	61
SINALOA	239	231	591	143	10	57
SONORA	115	80	365	84	16	108
TABASCO	21	35	73	35	17	10
TAMAULIPAS	71	49	174	40	10	49
TLAXCALA	8	4	17	13	2	3
VERACRUZ	85	142	237	68	6	85
YUCATAN	152	61	403	96	13	229
ZACATECAS	39	29	60	0	4	25
<b>TOTALES</b>	<b>4,649</b>	<b>3,333</b>	<b>10,531</b>	<b>2,291</b>	<b>329</b>	<b>3,495</b>

Tabla 2

Fuente: [www.DIF.gob.mx]

## Concentración de datos estadísticos de menores maltratados

Enero-Diciembre 1999

DIF ESTATAL	TIPO DE MALTRATO							
	FÍSICO	ABUSO SEXUAL	ABANDONO	EMOCIONAL	OMISIÓN DE CUIDADOS	EXPLOTACIÓN SEX. - COMER.	NEGLIGENCIA	EXPLOT. LABOR.
AGUASCALIENTES	88	1	7	62	55	0	0	10
BAJA CALIFORNIA	151	48	12	4	301	0	13	0
BAJA CALIFORNIA SUR	39	1	9	55	27	0	8	0
CAMPECHE	41	1	0	7	21	0	0	12
CHIAPAS	200	7	92	49	73	0	16	0
COAHUILA	768	198	356	735	868	105	563	69
COLIMA	85	7	12	58	54	0	0	0
DISTRITO FEDERAL	785	7	63	921	210	0	103	438
DURANGO	380	52	16	159	586	0	36	2
ESTADO DE MEXICO	477	126	82	417	0	0	724	0
GUANAJUATO	697	66	93	801	484	1	78	17
GUERRERO	25	2	1	19	6	0	2	0
HIDALGO	152	2	37	95	35	0	0	0
JALISCO	249	50	17	81	205	0	10	4
MICHOACAN	119	11	1	24	43	0	1	0
MORELOS	53	1	2	9	42	0	0	0
NAYARIT	134	18	41	118	67	0	0	5
NUEVO LEON	1,118	123	271	185	164	0	765	33
OAXACA	199	17	54	123	29	0	39	4
PUEBLA	90	6	14	92	17	0	0	0
QUERETARO	146	25	78	86	134	0	27	11
QUINTANA ROO	266	77	105	112	103	0	0	12
SAN LUIS POTOSI	142	7	33	65	178	0	0	0
SINALOA	904	33	25	408	240	0	14	9
SONORA	155	15	36	10	26	1	75	4
TABASCO	126	12	8	48	37	0	2	0
TAMAULIPAS	56	13	40	138	70	0	88	0
TLAXCALA	3	0	40	4	0	0	0	0
VERACRUZ	166	15	52	132	153	0	0	0
YUCATAN	297	95	97	207	213	3	28	14
ZACATECAS	51	10	10	11	75	0	2	0
<b>TOTALES</b>	<b>8,162</b>	<b>1,044</b>	<b>1,704</b>	<b>5,235</b>	<b>4,516</b>	<b>110</b>	<b>2,594</b>	<b>644</b>

Tabla 3

Fuente: [www.DIF.gob.mx]

## Concentración de datos estadísticos de menores maltratados

Enero-Diciembre 1999

DIF ESTATAL	RELACIÓN JURÍDICA DEL AGRESOR							
	MADRE	PADRE	MAESTROS	ABUELOS	MADRASTRA	PADRASTRO	TIOS	OTROS
AGUASCALIENTES	80	62	1	6	3	10	0	11
BAJA CALIFORNIA	314	58	2	0	11	34	15	41
BAJA CALIFORNIA SUR	77	32	0	2	7	11	0	1
CAMPECHE	22	27	0	1	0	1	3	22
CHIAPAS	165	119	6	29	35	32	19	8
COAHUILA	2,072	1,079	19	121	113	148	58	194
COLIMA	124	57	0	13	1	7	0	14
DISTRITO FEDERAL	442	120	0	23	25	10	14	157
DURANGO	398	114	1	34	11	28	19	31
ESTADO DE MEXICO	1,123	724	5	33	17	100	59	95
GUANAJUATO	858	915	8	28	28	78	24	79
GUERRERO	23	17	1	0	1	1	0	11
HIDALGO	144	54	0	0	48	41	3	33
JALISCO	320	149	1	20	15	30	11	70
MICHOACAN	101	48	2	5	14	16	9	2
MORELOS	66	12	0	9	9	6	5	0
NAYARIT	100	56	8	10	7	11	14	13
NUEVO LEON	1,854	408	2	43	28	100	57	575
OAXACA	198	150	0	5	2	19	6	49
PUEBLA	44	46	1	7	2	18	2	15
QUERETARO	281	93	1	8	8	11	6	36
QUINTANA ROO	184	218	12	21	71	98	23	53
SAN LUIS POTOSI	244	96	0	8	2	5	13	62
SINALOA	538	207	32	44	32	59	35	33
SONORA	216	52	1	11	4	14	4	27
TABASCO	89	48	0	0	1	5	0	42
TAMAULIPAS	181	51	1	2	60	78	14	26
TLAXCALA	19	18	0	0	3	3	0	4
VERACRUZ	151	121	10	13	52	49	16	31
YUCATAN	406	234	4	20	26	66	21	156
ZACATECAS	90	22	0	2	5	4	4	23
<b>TOTALES</b>	<b>10,924</b>	<b>5,407</b>	<b>118</b>	<b>518</b>	<b>641</b>	<b>1,093</b>	<b>454</b>	<b>1,914</b>

Tabla 4

Fuente: [www.DIF.gob.mx]

El tipo de maltrato físico fue el de mayor incidencia con 8, 162 casos, seguido por el emocional con 5, 235 casos, la omisión de cuidados con 4, 516, el maltrato por negligencia con 2, 594, el abandono con 1, 704 casos, el abuso sexual con 1, 044, la explotación laboral con 644, y por último la explotación sexual comercial con 110 casos (Tabla 3).

En cuanto a la relación con el agresor, la madre presenta el mayor índice de maltrato con 10, 924 casos, seguida por el padre con 5, 407 casos y el padrastro con 1, 903 casos (Tabla 4).

### EFECTOS DEL MALTRATO

Independientemente de los daños o traumas físicos, los malos tratos a la infancia provocan efectos en el funcionamiento social, emocional y cognitivo del niño, que se manifiestan según interiorice o exteriorice sus respuestas. En el primer caso, el comportamiento puede caracterizarse por pasividad, apatía, retraimiento social, sentimientos depresivos, conductas autodestructivas, hábitos nerviosos o problemas somáticos. En el segundo caso, agresividad, impulsividad, hiperactividad, desobediencia, conducta destructiva, falta de autocontrol y comportamiento violento hacia otras personas o su entorno. En cualquier caso tienden a sentirse rechazados, no queridos, con sentimientos de autoestima y aceptación negativos; perciben el mundo como un lugar inseguro, amenazante, hostil, y muestran escasa confianza en otras personas (Díaz Huertas, 1997).

Las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo socioemocional del niño van a estar directamente influenciadas por las medidas que se adopten para su protección tales como el tipo de acogimiento residencial, edad del niño y tiempo de institucionalización.

### MODELOS EXPLICATIVOS

El maltrato infantil se ha considerado desde diferentes modelos teóricos que se han ido desplazando y complementando:

-Modelo psicológico psiquiátrico: Considera como factor explicativo las características psicológicas o los rasgos psicopatológicos de los padres, proponiendo como método

terapéutico la modificación de los factores emocionales presentes. Esta hipótesis no satisface ya que se ha comprobado que son escasos los síntomas psiquiátricos de los padres maltratadores.

-Modelo sociológico: Aparece a partir de 1970 y dirige la etiología del maltrato a las actitudes socioculturales. El modelo de sociedad que legitima la violencia como modo idóneo de control interpersonal y las familias en situaciones de estrés, constituyen los principales motivos explicativos desde el punto de vista sociológico al fenómeno del maltrato. Desde esta perspectiva, los padres son considerados víctimas de fuerzas sociales.

-Teoría de la transmisión intergeneracional del maltrato: Esta hipótesis ha ocupado un lugar importante en la teoría del maltrato infantil planteando que existe un ciclo en el cual la violencia genera violencia y se reproduce el maltrato de padres a hijos. Los adultos que fueron maltratados de niños presentan un mayor riesgo de maltratar a sus propios hijos.

-Modelo centrado en la vulnerabilidad del niño: Pretende analizar los factores estresantes derivados del propio niño que, sumados a los anteriores, contribuyen a que puedan producirse estallidos de violencia o desatención severa. Estos factores son: frutos de embarazos no deseados o de relaciones extramaritales, niños prematuros o de bajo peso al nacer, niños afectos de malformaciones o que tienen algún tipo de necesidad especial, niños hiperactivos o irritables, etc.

-Modelo sociointeraccional: Debido a que el maltrato infantil es un problema de extremada complejidad se requiere de un enfoque multidimensional para tratarlo. Ni todos los padres maltratadores padecen problemas psiquiátricos, ni todas las familias socialmente desfavorecidas y en estrés maltratan a sus hijos. De hecho, el maltrato se produce en todas las clases sociales, aunque sus niveles de detección o de predisposición sean distintos.

Los modelos sociointeraccionales toman en consideración los diferentes niveles: ecológicos, familiares, ambientales, sociales e individuales del propio niño, interviniendo como factores interrelacionados e interactuando entre ellos. La perspectiva interactiva hace

posible concebir el fenómeno del maltrato como la expresión de una disfunción en el sistema padres-niños-ambiente, y no sólo como el resultado de unos rasgos patológicos de personalidad parental, de un alto nivel de estrés ambiental o de unas características particulares del niño (Gómez de Terreros, 1997).

La particularidad más común entre los adultos abusadores es el hecho de que ellos mismos fueron víctimas de violencia durante su infancia, sin embargo, el rasgo que mejor los identifica es la falta de empatía hacia los niños y su completa incapacidad de identificarse con ellos.

Según Loredó, Reynes, y Muñoz, (1994), existen varios factores de riesgo, algunos de ellos por su gravedad llevan a su vez a una valoración pronóstica:

- Trastornos mentales graves en uno o en ambos padres.
- Alcoholismo en la pareja.
- Número muy reducido de conductas de vínculo y calidad afectiva en el trato con el niño.
- Elevado nivel de agresividad y violencia en la dinámica familiar.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Vivienda deplorable.
- Toxicomanías.
- Familia numerosa.
- Otros miembros de la familia con maltrato.
- Disfunción familiar.

Características precipitantes del agresor:

- Baja escolaridad.
- Ocupación inestable, y labores del hogar.
- Toxicomanías.
- Antecedente de haber sufrido maltrato.
- Rechazo del embarazo.

Características precipitantes del niño agredido:

- Existencia de algún tipo de malformación.
- Daño neurológico de gravedad variable.
- Ser del sexo no esperado.
- Ser demasiado irritable y desobediente.
- Recién nacidos, lactantes menores y preescolares.
- Ser hijo no deseado.

## EFECTOS DEL MALTRATO

ABUSO SEXUAL	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Efectos en el funcionamiento social, emocional y cognitivo.</li> <li>-La depresión es la patología más relacionada con el abuso.</li> <li>-Emociones negativas, desesperanza, indefensión, minusvalía, vergüenza o ira, dificultad para manejar las emociones.</li> <li>-Baja autoestima, sumisión, sentimientos de inferioridad, desequilibrio en las relaciones interpersonales.</li> <li>-Actitud introvertida.</li> <li>-Sentimientos de aislamiento, estigmatización y marginalidad.</li> <li>-Ansiedad, tensión.</li> <li>-Dificultades de relación en especial con los hombres.</li> <li>-Revictimización.</li> <li>-Dificultades sexuales o conductas sexualizadas.</li> <li>-Conductas seductoras.</li> <li>-Culpabilidad,, miedo y confusión.</li> <li>-Problemas de conducta y conducta antisocial.</li> <li>-Trastornos del sueño.</li> <li>-Trastornos de la alimentación.</li> <li>-Problemas de concentración, atención y memoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Efectos en el funcionamiento social, emocional y cognitivo.</li> <li>-Pasividad, apatía, retraimiento social, sentimientos depresivos, conductas autodestructivas, hábitos nerviosos y problemas somáticos.</li> <li>-Agresividad, impulsividad, hiperactividad, desobediencia, conducta destructiva y falta de autocontrol.</li> <li>-Baja autoestima.</li> <li>-Se sienten rechazados, no queridos, muestran poca confianza en los demás.</li> <li>-Ven el mundo como inseguro amenazador y hostil.</li> <li>-<b>Victima-</b></li> <li>-Malformación.</li> <li>-Daño neurológico.</li> <li>-Ser del sexo no esperado.</li> <li>-Demasiado irritable o desobediente.</li> <li>-Recién nacidos, lactantes menores y preescolares.</li> <li>-Hijo no deseado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Efectos en el funcionamiento social, emocional y mental.</li> <li>-Depresión, apatía, tristeza, apartamiento, llanto y retraso en el desarrollo.</li> <li>-Soledad, sentimiento de abandono.</li> <li>-Incapacidad de respuesta afectiva.</li> <li>-Sensibilidad al rechazo.</li> <li>-Angustia.</li> <li>-Baja autoestima.</li> <li>-Sentimiento de inseguridad, necesidad de ser aceptados y queridos.</li> <li>-Retraimiento o agresividad, conductas desde la fanfarronería a la timidez.</li> <li>-Oposición reactiva, carácter psicopático y antiafectivo inclinado a la delincuencia.</li> <li>-Sueño excesivo, falta de interés por el ambiente, hipomotilidad, débil coordinación, pérdida de peso y talla.</li> <li>-Conductas anormales en la alimentación.</li> </ul>

Cuadro 1

## ABUSO SEXUAL

El abuso sexual de menores siempre ha existido ya sea de manera intra o extrafamiliar, sin embargo, comenzó a estudiarse hasta hace poco tiempo convirtiéndose entonces en una preocupación social. Fue Sigmund Freud quien hizo las primeras alusiones a principios de siglo, y Kinsey en los años cincuenta afirmó que los abusos se daban con frecuencia, pero sólo hasta los años setenta se llevaron a cabo estudios clínicos y epidemiológicos suficientes como para que los profesionales y la sociedad dejaran de negar este problema.

El National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN) propuso en 1978 la siguiente definición de abuso sexual:

“En los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor” (López Sánchez, 1997).

Otra definición de abuso sexual es la que fue propuesta por Schecter y colaboradores, entendiéndolo como abuso sexual aquella actividad en que se ven envueltos niños o adolescentes que no han entendido las bases biológicas y psicológicas de un acto sexual, y que por lo tanto, no pueden otorgar un consentimiento racional a los adultos.

## PREVALENCIA E INCIDENCIA

Resulta muy difícil conocer la verdadera frecuencia del abuso sexual infantil debido a que la mayor parte de los casos no se denuncian en el momento en que suceden y el valor de los métodos de investigación es muy limitado. Las aproximaciones más realistas se basan en autoinformes de adultos acerca de los recuerdos de su infancia, lo cual se fundamenta en que los abusos sexuales suelen dejar un recuerdo imborrable, pero esta metodología tiene claras limitaciones.

La incidencia es muy variable de unos países a otros y de unos periodos a otros en el mismo país. Además existen sistemas de ocultamiento que empiezan por la propia víctima y se extienden a toda la red social que debería hacer lo posible por conocerlos y denunciarlos.

En Estados Unidos en 1989 se calcula que se denunciaron entre 360, 000 y 408, 000 casos de abuso sexual infantil (Comité Nacional para la Prevención de Abusos Sexuales de Niños, informe de 1990).

Los estudios sobre prevalencia resultan más representativos que los datos que se obtienen de la incidencia. El promedio en 19 investigaciones realizadas en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra nos revela que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 10% de los hombres dicen haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia, antes de cumplir los dieciséis o diecisiete años (Finkelhor, 1994)

En Europa se encontró que del 6 al 8 % de las niñas y del 1 al 2 % de los niños habían sufrido experiencias calificables de abusos sexuales.

En México existen pocos estudios sobre el abuso sexual en menores, ya que es un fenómeno al que los investigadores dedican escasa atención. La Procuraduría General de Justicia del DF informó que en el primer semestre de 1993 se presentó un promedio de 1.87 denuncias diarias por abuso sexual, es decir, un poco mas de 700 casos anuales (De la Garza & Diaz, 1993).

En una investigación realizada durante el periodo comprendido entre Enero de 1992 y Diciembre de 1993 por el centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE), se encontró que la edad promedio de las víctimas fue de 8 años, el 75% fueron niñas, 94.4% de los casos eran estudiantes y en 70% se encontraban cursando primaria o secundaria. El 22.2% de las víctimas no vivían con sus padres, sino con familiares, algún vecino o en albergues del estado. El resto procedía de familias aparentemente integradas.

Respecto al agresor, 100% fueron de sexo masculino, con edades entre 20 y 39 años en casi 60% de los casos. El 92.7 fueron familiares o conocidos de la víctima.

Respecto a los signos, síntomas y secuelas del menor, en 50% de los casos se manifestó que aparentemente no tenía ninguno, en la mitad de los restantes se reconocieron problemas de conducta, en aproximadamente 30% se apreció la baja en el rendimiento escolar, miedo, síntomas de depresión y problemas con el sueño. El 61.4% de las víctimas residían en 3 delegaciones: Cuauhtemoc, Iztapalapa, y Gustavo A. Madero (De la Garza & Díaz, 1993).

Según cifras de la Asamblea Legislativa, en el primer semestre de 1999 se cometieron más de 1000 delitos sexuales en agravio de menores en los niveles preescolar, primaria y secundaria, y sólo algunos se denunciaron a las autoridades. (Fuentes, 1999, 9 de Agosto. La jornada).

De acuerdo con todos los autores los abusos sexuales son más frecuentes en mujeres que en hombres, pero en ambos sexos la prevalencia es alta. Por otro lado, se sabe que buena parte de los abusos se repiten, lo cual aumenta la posibilidad de que los efectos sean especialmente graves porque es más probable que la víctima se sienta culpable por no haber evitado su repetición y porque las relaciones más continuadas entre agresor-víctima pueden entrañar otros factores de riesgo.

#### DATOS SOBRE LOS AGRESORES

Los datos epidemiológicos indican que no existen características familiares y demográficas que puedan ser excluidas para la identificación clínica del abuso sexual si bien existen factores de riesgo.

En la mayoría de los estudios se observa que los agresores son casi siempre varones. Encontramos que un 87% de los agresores son hombres, aunque existe un porcentaje relativamente importante de mujeres del 14%.

La edad de los agresores es muy variable, y estos pueden ser tanto conocidos de las víctimas como desconocidos, familiares o no (López Sánchez, 1997).

#### DATOS EN RELACIÓN CON LA VÍCTIMA

(Loredo, Reynés & Muñoz, 1994b).

- Preadolescentes o adolescentes jóvenes.
- Niñas más frecuentemente que varones.
- Tener padrastro o convivir con él.
- No vivir con los padres biológicos.
- Tener una madre con daño psicológico.
- Habitar en un lugar donde presencie riñas.
- Convivir con drogadictos o alcohólicos.
- Asistir a la guardería.

Los efectos de los abusos sexuales son muy variables dependiendo del tipo de agresión, la edad del agresor y de la víctima, el tipo de relación entre ambos, la duración de la agresión, la frecuencia de la agresión, la personalidad del niño agredido, la reacción del entorno, etc.

De todos los menores que sufren abusos sexuales, entre el 60 y el 80% se ven afectados a corto plazo en diferente grado. Entre un 20 y un 30% consiguen continuar su vida cotidiana sin cambios significativos después de la agresión. Entre el 17 y el 40% manifiestan síntomas clínicos importantes, y el resto tiene síntomas menores de uno u otro tipo (López Sánchez, 1997).

A diferencia de los efectos a corto plazo que son más fáciles de determinar, los efectos a largo plazo son más especulativos, incluso cuando la asociación causal parece tener sentido dada su interacción con otros factores. Pero se puede decir que la depresión es la patología más claramente relacionada con los abusos sexuales, quienes los sufrieron en la

infancia es más probable que tengan depresiones durante la edad adulta; las ideas de suicidio, también son más probables en quienes han sido víctimas de abusos sexuales (López Sánchez, 1997).

Se ha observado tanto en la práctica clínica como en la literatura que jóvenes adultas abusadas sexualmente en su infancia han mostrado intensas emociones negativas como desesperanza, indefensión, minusvalía, vergüenza, o ira, acompañadas de dificultad para manejar estas emociones, y en algunos casos invierten mucha energía para reprimirlas. El abuso sexual también puede provocar pérdida de autoestima, sumisión y sentimiento de inferioridad, así como desequilibrio en las relaciones interpersonales que establecen, en las que tienden a ocupar una posición de inferioridad; sentimientos de aislamiento, estigmatización y marginalidad.

La ansiedad, la tensión y la dificultad en los hábitos de comida también están asociadas con mayor frecuencia a este tipo de traumas infantiles.

Las dificultades de relación, en especial con los hombres, los padres, o los propios hijos, acompañan también con frecuencia a esta sintomatología.

La víctima de abusos sexuales en la infancia está más predispuesta a sufrir abusos cuando es adulta, tendencia llamada revictimización.

Otra serie de efectos, como los relacionados con la sexualidad (dificultades para relajarse, anorgasmia, promiscuidad sexual, masoquismo, explotación sexual, etc.), han sido confirmados (Finkelhor, 1994). Lo anterior indica que las víctimas de abusos sexuales durante la infancia tienen más dificultades sexuales y disfrutan menos con la actividad sexual (Loredo, et al, 1994).

El abuso sexual en niños es una práctica que puede tener graves consecuencias en los menores. Se dispone desafortunadamente de poca información sobre cuáles son sus causas, métodos y técnicas de intervención más adecuadas.

Los niños pueden presentar diversos síntomas cuando han sido abusados sexualmente, pero debido a la falta de evidencias no se puede establecer una correlación entre la causa y el síntoma, ya que de la misma manera estos síntomas pueden ser provocados por otro tipo de traumas como el abuso físico o emocional, los conflictos familiares, el alcoholismo, etc. Sin embargo, si se presentan estos síntomas reiteradamente, o se presentan indicadores combinados, existe la posibilidad de la existencia de abuso sexual.

Los indicadores sexuales son los que mejor se relacionan con estas experiencias traumáticas. Muchos autores consideran que el abuso sexual lleva a conductas sexualizadas en el niño. Pueden mostrar un interés especial por los asuntos sexuales o manifestar un conocimiento atípico del sexo. También pueden tener confusión sobre la sexualidad y su orientación sexual.

Un indicador de posible abuso sexual en niños pequeños es un conocimiento sexual avanzado más allá de lo que le corresponde a su edad; información sobre penetración digital, erecciones, eyaculación, felación, cunilingus.

Los indicadores sexuales pueden aparecer solos o acompañados de manifestaciones físicas, pueden variar de cambios bruscos de comportamiento hasta conductas extremas; o puede ser que se presenten otros indicadores sin que aparezca alguna señal de conducta sexualizada.

Algunas conductas que se dan en niños víctimas de abuso sexual son la interacción sexual con sus pares, masturbación excesiva, agresión sexual a niños más pequeños, ansiedad, problemas de conducta, baja autoestima, trastornos del sueño, actitud introvertida y conductas seductoras con adultos, siendo las niñas las que se muestran más dispuestas a este último tipo de conductas. Los adolescentes pueden desarrollar conductas promiscuas y de prostitución, ira y escenas dramáticas, depresión, culpabilidad, miedo y confusión.

Los síntomas varían en función de la edad y el sexo, pero pueden ser subdivididos en las siguientes categorías (Noguerol,1997).

-Trastornos funcionales- Incluyen problemas del sueño (pesadillas, terrores nocturnos), dificultad para conciliar el sueño, miedo a la oscuridad; trastornos de la alimentación (picar a todas horas, anorexia, bulimia, mantenerse gorda para no atraer a los hombres); enuresis durante el día y/o noche; encopresis (que se suele asociar a penetración anal), estreñimiento.

-Problemas conductuales- Incluyen pataletas, rabietas, llanto incontrolado, agresión física a otros niños pequeños o adultos; pueden mostrarse retraídos, sin amigos, expresar rabia hacia la madre, negarse a bañarse o a desnudarse, no querer hacer deportes; realizar dibujos sexualizados.

Como adolescentes pueden realizar huidas de casa, intentos de suicidio, automutilaciones, consumo de drogas o alcohol, robos, conductas agresivas, conducta antisocial, delincuencia,etc.

-Problemas escolares- Una de las consecuencias del abuso sexual infantil puede ser la pérdida de confianza, la cual es un prerequisite fundamental para su desarrollo posterior, incluyendo su desarrollo cognitivo. Los niños pequeños víctimas de abuso pueden presentar problemas de concentración, atención, memoria y en su desarrollo escolar.

-Niños asintomáticos- Existen algunos niños que pueden vivir el abuso sexual sin manifestar signos de trauma, lo cual no quiere decir que estos niños no han sido afectados. Se debe tratar de investigar si los síntomas se han aplazado o si el niño ha sido socializado por el ofensor o la familia para no revelar signos de estrés.

## CONSECUENCIAS

El grado en que el abuso sexual afecta a la víctima depende de varios factores, como su edad, el nivel de desarrollo de su personalidad, el grado de relación con el ofensor, el nivel

de violencia y amenazas recibidas, la frecuencia de intensidad del abuso, el apoyo familiar y/o profesional recibido.

Al parecer a menor edad se pueden agravar los efectos del abuso sexual, ya que el sistema nervioso central está menos desarrollado y las experiencias pueden afectar de forma más traumática al individuo. El que el abuso se produzca de forma continua, que exista contacto genital, que se produzcan amenazas, que el ofensor sea el padre o padrastro, que no reciba apoyo de la familia y que tenga que abandonar el hogar son otros factores precipitantes.

### CONSECUENCIAS AFECTIVAS

De acuerdo con muchos estudios se ha verificado que existen secuelas afectivas o emocionales en el abuso sexual infantil. La culpa o la vergüenza es una reacción muy frecuente constatada en la mayoría de las víctimas (Summit,1983; Noguero, 1995; citado en Noguero, 1997); los niños tienden a acusarse a ellos mismos por el abuso, pueden sentirse especialmente culpables en caso de haber disfrutado de alguna forma de la relación sexual, y en los casos de incesto pueden sentir que por haber revelado el secreto se ha precipitado la desunión familiar.

La ansiedad es otro resultado frecuente del abuso sexual infantil que se puede manifestar de diferentes formas tanto a corto como a largo plazo; en relaciones con el sexo opuesto, en síntomas somáticos y comportamentales, pesadillas y fobias que pueden tener relación con las amenazas del ofensor.

Además de la ansiedad, se han encontrado altos niveles de miedo tanto en preescolares como en niños mayores, este miedo puede surgir durante el abuso o más adelante. Por otra parte, se llega a presentar el pánico como manifestación de reacción de alarma, lo cual caracteriza de manera más marcada a las niñas.

Muchos autores coinciden en que la depresión es una reacción frecuente al abuso sexual infantil (López,1993; Blumler, Keyte & Wiles, 1987; citado en Noguero, 1997), y

consideran que el abuso sexual recurrente llevará casi invariablemente a un estado depresivo; incluso se han observado sintomatologías depresivas en víctimas de abuso sexual desde preescolares hasta adultos. Por lo tanto, la evidencia sugiere a la depresión como la patología más claramente relacionada con el abuso sexual infantil (Noguerol, 1997).

Numerosas investigaciones confirman el desarrollo del trastorno de estrés posttraumático en víctimas de abuso sexual en la infancia. De la misma manera aparecen casos de neurosis crónica de origen traumático, casos de psicosis y trastornos de la personalidad múltiple o trastornos disociativos de la personalidad (Cazorla, Sampeiro & Chirino, 1992).

### CONSECUENCIAS COGNITIVAS

Se han comprobado problemas escolares y cognitivos en los menores que pueden estar relacionados con el abuso, encontrándose que algunos niños con abusos sexuales parecen tener dificultades en tareas de concentración. Pueden sentirse impotentes y mostrar una carencia de control ante diferentes situaciones, motivados por la situación de abuso en la que se han sentido indefensos, pudiendo desarrollar una indefensión que les afecte en otras áreas de su vida.

El trauma puede alterar lo que el niño piensa de sí mismo, pudiendo desarrollar pensamientos intrusivos y persistentes que pueden alterar su proceso cognitivo.

Se ha observado que muchos niños abusados repiten las situaciones abusivas de alguna forma en su vida posterior. Vuelven a tener abusos sexuales con otros adultos mientras ellos todavía son niños, y cuando llegan a la edad adulta, en relaciones abusivas con sus propios hijos. Por otra parte, también se sabe que víctimas adolescentes y preadolescentes se convierten en ofensores intentando manejar su propio trauma, abusando sexualmente de niños más pequeños.

Una revisión de la literatura sobre los efectos patológicos del incesto sugiere una fuerte conexión entre el incesto en la infancia e importantes secuelas psicopatológicas, y se ha observado también que sujetos con trastornos múltiples de la personalidad o trastornos disociativos presentan con frecuencia historias de abuso sexual infantil (Loredo, et al., 1994).

## ABANDONO

El abandono físico de niños siempre ha existido, siendo en algunas sociedades un hecho permitido o por lo menos tolerado.

Las costumbres sociales y culturales han influido en el tipo de maltrato e incluso en la forma de abandonar al niño. En España, era frecuente el abandono de recién nacidos en los entornos de los conventos o en las puertas de las iglesias, así de alguna manera se aseguraba la vida del niño. En la actualidad existen formas más frías de abandono, como por ejemplo una práctica única en Japón que consiste en abandonar niños vivos o muertos en guardaequipajes de estaciones de tren o aeropuertos (Díaz,1997a). En México se dan casos de niños abandonados en las calles, hospitales y centrales de autobuses, así como de niños regalados o vendidos por sus padres, además de los niños que son encargados con alguien pero nunca regresan por ellos.

Se puede decir que el abandono ha disminuido progresivamente en su frecuencia a lo largo de la historia, en relación directa con el aumento del nivel socioeconómico y cultural, con el incremento de la preocupación social por la infancia y con el diagnóstico precoz de alto riesgo psicosocial. Sin embargo, en nuestro país sigue presentándose en un alto porcentaje.

En los primeros 3 meses del año de 1998, ya se encontraban 46 menores abandonados: de los cuales 18 salvaron la vida y 28 la perdieron, ya sea por condiciones adversas de su nacimiento, como golpes o asfixia, o por causas relacionadas con el abandono y a falta de atención, como frío, hambre, y enfermedades respiratorias fulminantes. En el mismo periodo, pero de 1999 se encontraron 10 niños abandonados con vida, pero hubo 20 más que no superaron la prueba de sobrevivencia. Según organismos No Gubernamentales y estadísticas de la Procuraduría General de Justicia capitalina, el problema ha crecido en los últimos años, pues sólo de 1995 a 1997 el número de neonatos

mueritos encontrados en las calles aumentó en 77 por ciento (Baltazar, 1999, 26 de Abril, La Jornada).

Por otro lado, el fenómeno de los niños abandonados en las calles se enmarca en un problema social mucho más profundo, asociado a las condiciones de vida que enfrentan no pocas mujeres y aún las familias en conjunto. Según los especialistas, se trata de una manifestación más de la descomposición social provocada por diversas causas, una de ellas, la situación económica que limita el alcance de problemas sociales.

Más allá de las hipótesis manejadas por las autoridades, muy diversas pueden ser las causas que llevan a una madre a abandonar a un recién nacido en la calle. Según Lidia Anaya, responsable del albergue temporal de la procuraduría, existen 6 causas principales por las cuales un niño puede ser considerado como persona abandonada: están los expósitos, de quienes no se sabe nada de su origen ni su nombre; los abandonados en un hospital, de quienes se sabe quien es la madre porque dio a luz allí, pero no vuelve por el recién nacido, no obstante, este niño ya tiene apellidos y jurídicamente se maneja diferente; aquellos casos en que la madre deja encargado al menor con una tercera persona, pero nunca vuelve por él; los extraviados por abandono, y las personas que dicen que les regalaron al infante; y finalmente, hay niños a los que dejan encerrados mientras la madre trabaja y la vecina los escucha llorar y da parte a las autoridades, que también los etiqueta como abandonados (Baltazar, 1999, 26 de Abril, La Jornada).

La privación de los cuidados maternos ha sido referida en la literatura de muy diversas maneras. En la línea psicoanalítica Freud define la pérdida de objeto amoroso durante las primeras etapas de la vida, que puede conducir a trastornos emocionales que se caracterizan por un estado de ánimo profundamente doloroso, cese del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones y una importante disminución del amor propio. Ajuriaguerra (1980) llama a esta situación “desaferentización de afectos”, definiendo las aferencias como el conjunto de estímulos que vienen del exterior y son capaces de enriquecernos y permitir la formación, organización y desarrollo de la personalidad. Seva (1979) refiere que la diada materno filial forma un

círculo con mutua interacción, en el que el recién nacido actúa sobre la madre modificando el afecto que ella misma le dirige. De todos los trabajos revisados, es el de Bowlby el más complejo, sus conclusiones afirman que existe una relación específica entre privación durante los primeros años de la existencia y el desarrollo de un carácter psicopático y antifectivo inclinado a la delincuencia habitual, extremadamente difícil de tratar. Refiere que a partir de los 6 a 9 meses hasta los 3 años de vida, la privación prolongada o aguda del cuidado materno o la separación brusca de la figura materna habitual puede tener consecuencias muy graves sobre el desarrollo del niño. La observación de niños en un marco institucional dio bases para establecer la siguiente secuencia de respuestas: 1) Protesta, que caracteriza la ansiedad de separación, 2) Desesperación, consecuencia de la aflicción y dolor por la pérdida del ser querido, 3) Desapego, como respuesta final del niño como medida defensiva. Sus observaciones le llevaron a postular su tesis: El estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o adulto es determinado, en gran medida por la accesibilidad de su principal figura de afecto.

Algunos autores afirman que cualquier separación entre el niño pequeño y la madre da lugar necesariamente a una grave privación afectiva. Sin embargo, hay trabajos que demuestran que algunos niños pueden superar estos inconvenientes en el desarrollo de su personalidad (Styron & Janoff-Bulman, 1997).

Spitz (1959), considera que los primeros 8 meses de vida son decisivos, ya que si el niño no goza de una figura materna permanente (madre real o sustituta) durante esta etapa, se produce un desequilibrio psíquico y emocional que puede incluso conducirle a la muerte. El niño inicialmente es incapaz de diferenciarse del medio ambiente, lo que Spitz denominó como estado preobjetal. Hacia el segundo o tercer mes aparece la sonrisa como reacción ante una señal y como una reacción ante una persona, estado del objeto precursor, siendo a partir de este momento la presencia de la madre un factor primordial para un satisfactorio desarrollo posterior. Seguidamente el niño es capaz de distinguir a las personas conocidas de las desconocidas, reaccionando negativamente ante las últimas; esto constituye para Spitz la primera manifestación de angustia, la “angustia de los 8 meses”. Estos hallazgos condujeron al autor a la descripción de la llamada “depresión anaclítica” en lactantes

separados de su madre, siendo condición indispensable una buena relación previa con ella. Los infantes presentan un cuadro progresivo cuyo grado está en relación con el tiempo de separación. Al mes de separación hay un retraso global del cociente de desarrollo, con excepción del sector relación social, son llorones, exigentes y se abrazan al observador. A los 2 meses presentan signos de huida del ambiente, angustia ante la proximidad de cualquier persona, pérdida de apetito, disminución de peso y detención del cociente de desarrollo. A los 3 meses la detención se convierte en regresión, con retroceso del cociente de desarrollo, rechazo de todo contacto humano, insomnio, disminución de la motilidad, disminución grave del peso y de la inmunidad. En caso de que el niño retorne con su madre entre los 3 y 5 meses de separación, los trastornos sufridos desaparecen rápidamente. A partir de los 5 meses de separación, el proceso se hace irreversible, llegando el niño a permanecer rígido e inexpresivo, con una coordinación ocular defectuosa, aparición de espasmos, y con la mortalidad muy elevada por procesos infecciosos.

#### EFFECTOS SOBRE LA PERSONALIDAD Y SOCIABILIDAD

Una misma carencia afectiva no va a tener los mismos efectos en distintos niños; para unos puede ser un intenso trauma capaz de detener su desarrollo, y para otros puede acelerar su capacidad de adaptación e incluso superarlo. Si no ha habido coherencia y afecto en la forma en que han sido presentadas al niño gratificaciones y frustraciones en sus primeros años, el desarrollo de su personalidad se verá comprometido.

El comportamiento social es una extensión de la función mental hacia sistemas organizados de relaciones humanas, por tanto, cualquier alteración de esta función mental repercutirá en la socialización.

En cualquier edad la falta de cariño, seguridad y protección produce alteraciones emocionales que incluyen la dificultad para establecer comunicación con los demás, depresión, apatía y retraso del desarrollo. Estos niños son sensibles al rechazo y tienden a retraerse o a pelear. La carencia afectiva hace que se rechace todo lo que suponga expresividad de lo afectivo, y que se refugie en la soledad, por lo que se refuerza el sentimiento de abandono. El comportamiento de estos niños oscila desde la fanfarronería

hasta la timidez, pero siempre presentan incapacidad para la respuesta afectiva. Un elemento orientador del diagnóstico es la tríada sintomática: angustia, agresividad y falta de autoestima (Molina, & Muñoz, 1997).

Como consecuencia de la privación de afecto aparecen las alteraciones psicoreactivas. Las reacciones simples más precoces son de apatía, apartamiento, tristeza, llanto o bien, puede mostrar oposición reactiva. Si se mantiene la situación, los niños activos se vuelven obstinados, se escapan y caen finalmente en el abandono; los niños más pasivos se tornan deprimidos y cohibidos, retrayéndose en sí mismos. Las situaciones de tristeza, apatía y depresión son mucho más negativas para el niño que la rebeldía, ya que esta implica lucha e intento por sobrevivir. Las mentiras son frecuentes en estos niños, debido al sentimiento básico de inseguridad que albergan y a la necesidad de ser aceptados y queridos.

Se puede observar en el DSM-IV, cómo la carencia de afecto es capaz de conducir a retraso mental o autismo, llanto débil, sueño excesivo, falta de interés por el ambiente, hipomotilidad, mediano tono muscular, respuesta de aislamiento, débil coordinación, pérdida de peso, pérdida de talla, escasa participación en los juegos y poca capacidad para la respuesta social.

A menudo forman parte del cuadro clínico las conductas anormales en la alimentación como rumiación, polidipsia, bulimia, ingestión de alimentos y bebidas extrañas.

## DEPRESIÓN

Hasta hace poco la depresión en niños y adolescentes no había sido muy investigada, pero el interés por este tema se ha ido incrementando con los adelantos producidos en la identificación y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en adultos, y con la aparición de nuevos instrumentos para medir la depresión en poblaciones de niños y adolescentes.

Cotidianamente la depresión se entiende como un estado de ánimo generalizado de infelicidad, experiencia que es una característica fundamental de la definición clínica. Sin embargo, en lo referente a la depresión en niños y adolescentes se considera que además de esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia, ellos manifiestan otros problemas como una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas, y síntomas somáticos.

## PREVALENCIA

Los índices de prevalencia de la depresión mayor en niños y adolescentes oscilan entre el 2 y el 5 % (Anderson et al; Kashani et al, 1987), y en poblaciones clínicas las estimaciones suelen fluctuar entre el 10 y el 20 % (Alessi & Magen, 1988; Puig-Antich & Gittelman, 1982). El género y la edad de los niños se relacionan claramente con las estimaciones de prevalencia de la depresión.

En niños pequeños, la situación relativa a las proporciones entre género es poco clara y no suelen hallarse diferencias en niños con edades entre los 6 y los 12 años (Angold & Rutter, 1992; Fleming, Offord & Boyle, 1989). En algunos casos en que se encuentran diferencias en este intervalo de edad, la prevalencia es mayor en varones (Anderson et al, 1987). Sin embargo, al llegar a la adolescencia la depresión resulta mucho más frecuente en las mujeres, empezando a aproximarse a la proporción que suele hallarse en los adultos de 2:1 entre mujeres y hombres. Algunos autores argumentan que la discrepancia en sexo se

debe a los patrones de búsqueda de ayuda, y concretamente en el mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres.

De la misma manera se han encontrado datos acerca de una mayor prevalencia en adolescentes que en niños más pequeños (Angold & Rutter, 1992; Cohen, Cohen, Kaser et al, 1993; Lewinsohn et al, 1993; Withaker et al, 1990).

Se puede decir que en la población general aproximadamente uno de cada 4 niños o adolescentes experimentan un trastorno depresivo en algún momento de su niñez o adolescencia.

Las variaciones halladas en los índices de depresión en las diferentes investigaciones se ven influenciadas por los criterios empleados para su definición. Esto indica que a distintos grupos de niños y adolescentes puede calificárseles o no de depresivos según los métodos empleados para su examen (Kaslow & Racusin, 1990).

#### DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN

Es importante distinguir entre el síntoma de depresión y el síndrome denominado depresión (Rutter, 1986). Por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, pérdida de interés o de placer, falta de capacidad de respuesta y condiciones similares, que se utilizan para describir un estado de ánimo negativo. En este caso el síntoma de depresión no implica que exista alguna enfermedad; por el contrario, se utiliza el nombre de trastorno depresivo para referirnos al síndrome de la depresión en el que se presentan un grupo de atributos característicos de forma conjunta. El síndrome depresivo consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo acompañado de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta.

#### HISTORIA RECIENTE

Durante muchos años el punto de vista dominante en el trabajo clínico con niños fue la perspectiva psicoanalítica ortodoxa, la cual concebía a la depresión como un fenómeno del superyo del niño y del funcionamiento maduro del yo (Kessler, 1988). Siguiendo esta

teoría, el superyo del niño no se encuentra lo suficientemente desarrollado para castigarlo, y por lo tanto es imposible que se produzca un trastorno depresivo en el niño. Debido a ésta concepción la depresión en la niñez era un tema totalmente irrelevante y sin ningún sentido. Sin embargo, actualmente el enfoque psicoanalítico considera que la depresión se origina en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la hostilidad con impulsos agresivos dirigidos hacia personas de quienes depende la propia seguridad, o bien hacia personas quienes son objeto de una devoción forzada. Los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse hacia el propio yo del individuo. La depresión puede incluir grados variables de tristeza, vergüenza y culpa al mismo tiempo; tristeza por causa de una pérdida, vergüenza por no estar a la altura de un objeto personal, y culpa debido a un impulso coercitivo hostil reprimido. En la depresión también puede haber sentimiento de desamparo (Kolb,1992).

Otra perspectiva de la depresión en la niñez la hizo aparecer como un trastorno diferenciado. El concepto “depresión enmascarada” representó un punto de vista interesante, pues desde esta perspectiva se sostiene que existe un trastorno depresivo en el niño, sin embargo, hay muchos casos en los que el estado de ánimo disfórico y algunas otras características que se consideran esenciales para el diagnóstico de depresión no se encuentran presentes. Se habla por lo tanto, de que existe un trastorno depresivo subyacente y que la depresión en el niño o el adolescente se ve “enmascarada” por otros problemas tales como la hiperactividad o la delincuencia. Esta depresión subyacente en si misma no se manifiesta de un modo directo, sino que el clínico debe inferirla.

El concepto “depresión enmascarada” resulta muy controvertido ya que no hay ningún modo de decidir si un síntoma determinado es o no, un indicio de depresión; además los síntomas indicados como encubridores de la depresión engloban prácticamente todos los comportamientos problemáticos que manifiestan tanto niños como adolescentes.

Este concepto hizo que se reconociera abiertamente que la depresión es un problema importante y prevalente en la niñez, y que ésta podía manifestarse de modos muy distintos a la depresión adulta, lo cual llevó a la creación de una perspectiva evolutiva más amplia.

La depresión en la niñez muestra el valor de los datos normativos y de las posibles repercusiones desde el punto de vista evolutivo. Algunos profesionales señalan que los comportamientos que conducían al diagnóstico de la depresión, no eran más que fenómenos transitorios del desarrollo (Lefkowitz & Burton, 1978). En las diferentes etapas del desarrollo del niño se presentan síntomas considerados típicos del trastorno depresivo, pero que son de naturaleza normal para la edad y sexo del niño; por lo que puede decirse que la depresión en la niñez puede no existir como una entidad diferenciada de los fenómenos corrientes transitorios del desarrollo, y hay que tomar muy en cuenta ésta situación para realizar un adecuado diagnóstico, ya que la depresión debe considerarse en relación a que es normal para un estadio particular del desarrollo. Debido a éstas situaciones, la perspectiva evolutiva se ha convertido en un elemento importante para el estudio de la depresión infantil (Cicchetti, Rogosah & Toth, 1994; Compas, Hinden & Gerhardt, 1995; Hammen, 1992). Por otro lado, la noción de que los niños y los adolescentes presentan depresión en algunas etapas de su desarrollo en forma normal, ha sido mal entendida a través de varias décadas y probablemente a muchos jóvenes deprimidos se les ha dejado sin tratamiento con la idea de que ya se les pasaría la depresión con la edad. Otra dificultad que se presenta en el reconocimiento de la depresión infantil es la comorbilidad. Se reporta que entre el 40 y 70% de los niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor tienen otro trastorno más. Entre el 20 y 50% tienen dos o más diagnósticos agregados al trastorno depresivo mayor. El 30% de los jóvenes con trastorno depresivo mayor tienen además el diagnóstico de trastorno de conducta, y el 24% el diagnóstico de trastorno de la atención con hiperactividad.

#### PERSPECTIVA DEL DSM-IV

No es posible en este momento hacer afirmaciones definitivas con respecto a la descripción o clasificación "correcta" de la depresión en la niñez ya que existen diferentes conceptualizaciones. Pero el punto de vista dominante se basa en que la depresión en la niñez es un síndrome o trastorno cuyas características esenciales son las mismas que se manifiestan en los adultos. En el DSM-IV no existen categorías de diagnóstico separadas para los trastornos de estado de ánimo en niños y en adolescentes, idea apoyada por muchas

investigaciones, ya que muchos de los atributos cognitivos, correlatos biológicos y comportamientos encontrados en los adultos deprimidos se han encontrado en niños y adolescentes (Kaslow, Rehm, & Siegel,1984; Kazdin et al.,1985; Puig-Antich,1983). No obstante, también se han encontrado diferencias que han llevado a muchos profesionales a concluir que es prematuro aceptar el uso de los mismos criterios para los trastornos depresivos en todos los grupos de edad (Nurcombe,1994; Poznanski & Mokros,1994). A pesar de todo, se reconoce la posibilidad de que se manifiesten distintos síntomas en función de la edad. Por ejemplo, en niños prepúberes, síntomas como las afecciones somáticas o el retraimiento pueden ser particularmente frecuentes. Así mismo, un estado de ánimo irritable puede estar sustituyendo a un estado de ánimo depresivo tanto en el niño como en el adolescente. Además, en niños y en adolescentes se han encontrado numerosos trastornos adicionales al trastorno de depresión, ésta relación de la depresión con otros problemas puede proporcionar información importante para el desarrollo de la misma y para su tratamiento (Anderson & McGez, 1994; Kovacs et al, 1984; Lewinsohn et al, 1993).

Así pues, todavía falta mucha información sobre el desarrollo, y la información existente acerca de la depresión requiere de una mayor explicación, por lo que hay que tomar toda la información con cuidado y ser precavidos acerca de la conceptualización de la depresión en la niñez y la adolescencia.

## EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

La creación de instrumentos de evaluación de la depresión en niños y adolescentes ha contribuido considerablemente al aumento de la atención prestada a este trastorno. Es muy común realizar una entrevista clínica general y utilizar una escala dimensional general como la Child Behavior Checklist; se han hecho entrevistas destinadas a obtener un diagnóstico de DSM y también un conjunto de medidas centradas de un modo más específico en la depresión (Hodges, 1994; Curry & Craighead, 1993). Todo lo anterior ha facilitado en gran medida la investigación de la depresión en el niño y el adolescente.

En las medidas de depresión, los instrumentos de autoinforme son los más utilizados. El Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs,1992) probablemente sea la medida más utilizada; este inventario deriva del Beck Depression Inventory, el cual es el más empleado

en adultos. En el CDI se pide a los niños que escojan entre 3 alternativas la que los caracteriza mejor durante las últimas 2 semanas. Consta de 27 ítems que muestran aspectos afectivos, conductuales y cognitivos de la depresión. Se ha investigado sobre diferencias de género y edad, fiabilidad, validez y puntuaciones criterio clínicamente en el CDI (Kazdin, 1988; Reynolds, 1994). Reynolds por su parte ha elaborado 2 medidas de autoinforme: la Reynolds Child Depression Scale, utilizada con niños entre 8 y 13 años (Reynolds, 1989), y la Reynolds Adolescent Depression Scale, utilizada con adolescentes entre 12 y 18 años de edad (Reynolds, 1987).

Por otro lado, hay muchos instrumentos de autoinforme que se modifican para ser contestados por los padres u otras personas cercanas al niño (Claricio, 1994). Las medidas obtenidas de los informes de los padres y del niño a menudo muestran una baja correlación, esto puede variar en función de la edad del niño o del adolescente (Kazdin & Kovacs, 1994). Lo anterior nos indica que los resultados obtenidos por diversas fuentes pueden hacer referencia a distintos aspectos del comportamiento del niño. Se ha encontrado que los autoinformes de depresión de los niños correlacionan con la desesperanza y los pensamientos de suicidio (Kazdin, Rodgers & Colbus, 1986). En cambio los informes de los padres acerca de la depresión de sus hijos correlacionan con la expresión del estado de ánimo y el comportamiento social del niño (Kazdin et al, 1985).

Un obstáculo que se presenta en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, es que tienen dificultad para identificar, reconocer, y dar nombre a sus afectos; si acaso lo hacen en forma vaga e imprecisa, además les cuesta trabajo manejar la dimensión del tiempo en la descripción de sus síntomas. Frecuentemente el menor no puede decir por cuánto tiempo ha experimentado determinado sentimiento depresivo, o si tal sentimiento ha variado en intensidad o cualidad.

## INFLUENCIAS BIOLÓGICAS

La perspectiva biológica de la depresión en el niño y el adolescente se centra en las influencias genéticas y bioquímicas. Estos datos derivan más que nada de los estudios

realizados con adultos, ya que hay pocos datos disponibles sobre niños (Enslie et al, 1994; Rutter et al, 1990).

#### a)Influencias Genéticas

Se considera que las influencias genéticas tienen un papel importante en la depresión en el niño y el adolescente según hipótesis provenientes de los hallazgos de la depresión adulta. Los estudios realizados con gemelos, familias y niños adoptados nos refieren un componente hereditario en los trastornos depresivos en los adultos (Kendler et al,1992; Weissman, Kidd & Prusof, 1982; Wender et al, 1986). Los hallazgos de que los niños cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor corren un mayor riesgo de padecer dicho trastorno, de que un aumento de la depresión entre los miembros de la familia se relaciona con el inicio de la misma antes de los 20 años, y de que los índices de depresión son más elevados en los parientes adultos de niños a quienes se les ha diagnosticado depresión mayor, son coherentes con la existencia de una influencia genética en la depresión en el niño y el adolescente (Puig-Antich et al, 1989; Weissman et al, 1984; Weissman et al, 1988).

Estos estudios realizados con familias no terminan de aclarar las influencias genéticas y las ambientales, así es que aunque se considera una contribución genética al trastorno de la depresión, también se señala la importancia de las influencias del entorno.

En un estudio de Rende y colaboradores (1993), se sugiere que la influencia genética opera sobre factores de la personalidad y del temperamento tales como la emocionalidad y la sociabilidad, que afectan a la sintomatología depresiva. Sin embargo, la expresión de la sintomatología depresiva extrema puede ser resultado de las expresiones ambientales compartidas por los hermanos de la misma familia.

#### b)Bioquímica de la Depresión

El estudio de la bioquímica de la depresión en adultos ha recalcado el papel de neurotransmisores como la norepinefrina, la serotonina, y la acetilcolina. El impulso de

estos estudios proviene del hallazgo de que la eficacia de ciertos antidepresivos en adultos se relacionaba con el nivel de estas sustancias químicas o a la receptividad de las mismas.

Por otro lado, los estudios relativos al sistema neuroendócrino hacen más compleja la situación. Se piensa que el sistema neuroendócrino, que incluye al hipotálamo, la glándula pituitaria y las glándulas adrenales y tiroideas, desempeña un papel importante en la depresión (Emslie et al,1994). Se están realizando diversos estudios acerca de la bioquímica de la depresión en el niño y el adolescente, pero los cambios biológicos que se producen durante este periodo plantean dificultades especiales.

Investigaciones sobre la biología de la depresión indican que durante las primeras etapas del desarrollo de la niñez y la adolescencia el sistema neuroregulatorio no es equivalente al de la edad adulta, por lo que aunque se siguen encontrando pruebas de una disfunción biológica en la depresión del niño, no se puede hacer una simple traslación de los hallazgos en adultos (Puig-Antich, 1986). Las diferencias encontradas entre los indicadores biológicos de la depresión podrían indicar que el trastorno del niño y el del adulto son diferentes, o que éstos indicadores representan diferencias relacionadas con la edad dentro del mismo trastorno.

## INFLUENCIAS SOCIALES Y PSICOLÓGICAS

De la misma manera que con las influencias biológicas, lo que se sabe acerca de las influencias psicológicas y sociales de la depresión en la niñez y la adolescencia se basan en teorías que derivan del trabajo realizado con adultos deprimidos.

### a) Pérdida por Separación

La explicación psicológica más común de la depresión, es la pérdida por separación. Las explicaciones psicoanalíticas a partir de Freud hacen hincapié en la noción de la pérdida de objeto, la cual puede ser real o simbólica. Se piensa que la identificación con el objeto amado perdido, así como los sentimientos de ambivalencia hacia el mismo, dan como resultado que el individuo dirija sentimientos hostiles que tienen relación con el objeto amado hacia el yo.

Según Sandler y Joffe, el niño en crecimiento responde a la pérdida de algún ser querido en una de las manifestaciones siguientes de depresión: a) protesta en forma iracunda, se muestra agresivo y se rehusa a aceptar la pérdida; b) niega la pérdida a través de una actitud pasiva; c) invierte sus sentimientos y se comporta como un payaso; d) dirige su dolor contra sí mismo, o e) presenta síntomas psicósomáticos. Si el niño logra elaborar los estados de privación afectiva es posible que se produzcan un desarrollo y un crecimiento normales.

Algunas explicaciones de orientación conductual también incluyen la separación y la pérdida. Fersten (1974) y Lewinsohn (1974), nos hablan de que la pérdida o la separación de un ser querido podría tener como consecuencia una disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño. Sin embargo, el reforzamiento inadecuado también podría ser consecuencia de factores como la carencia de habilidades adecuadas para obtener recompensas deseadas.

El apoyo proporcionado en el pasado a la teoría de que la separación desempeñaba un papel importante en la génesis de la depresión provenía de varias fuentes diferentes; algunos autores describieron una secuencia bastante típica de reacciones de los niños pequeños ante una separación prolongada (Bowlby, 1960; Spitz, 1946). En este tipo de depresión llamada anaclítica, el niño inicialmente pasa por un periodo de protesta caracterizado por llanto, la exigencia de la presencia de sus padres, y el malestar; lo cual se ve seguido poco después por un periodo de depresión y retraimiento.

La conexión entre la pérdida y la depresión se ha estudiado fundamentalmente en relación a la depresión adulta. Durante mucho tiempo el punto de vista más extendido ha sido que la pérdida precoz pone al individuo en una situación de riesgo para desarrollar una depresión posterior, sobre todo en el caso de las mujeres. Estudios más recientes sobre el tema ponen en duda esta opinión, debido a que se encontraron numerosas fallas metodológicas en los mismos. El punto de vista actual, es que la pérdida precoz no es en sí, ni por sí misma patógena; y por lo tanto el vínculo entre dicha pérdida y una depresión

posterior no es directo, sino que más bien se piensa que tal pérdida, así como otros sucesos, puede desencadenar toda una serie de circunstancias adversas tales como una falta de cuidados, cambios en la estructura familiar y dificultades socioeconómicas que hacen que el individuo corra el riesgo de desarrollar un trastorno posteriormente (Bifulco, Harris & Brown, 1992; Saler & Skolnick, 1992). Es importante mencionar que en muchas desadaptaciones de la niñez las relaciones humanas han actuado como un factor etiológico importante a través de su influencia en la personalidad que se está desarrollando. La relación que se establece entre los padres y el niño es probablemente la que con mayor frecuencia origina el problema, dicha relación puede verse distorsionada debido a algunos factores como neurosis, psicosis, tendencias psicopáticas, antisociales y agresivas, experiencias pasadas, y conflictos emocionales en alguno de los padres. Al conocer la estructura de personalidad de estos últimos podemos entender en gran medida el tipo de relación que se establece entre los padres y sus hijos.

La salud emocional de los padres y las fuerzas complejas que interactúan en el grupo familiar determinarán de cierta manera el destino psicológico del niño.

#### b) Perspectivas Cognitivo Conductuales

Muchas de las conceptualizaciones de las perspectivas conductual y cognitiva, así como cognitivo-conductual, contienen conceptos afines. Las influencias de las habilidades interpersonales, las distorsiones cognitivas, las opiniones sobre uno mismo, las creencias sobre el control, la autorregulación y el estrés constituyen la médula de estas perspectivas sobre la depresión en el niño y en el adolescente.

De acuerdo con Ferster (1974) y Lewinsohn (1974), la combinación entre un nivel de actividad reducido y unas habilidades interpersonales insuficientes, es lo que desempeña un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de la depresión. Se ha sugerido que los individuos deprimidos no estimulan respuestas interpersonales positivas en los demás; lo cual se ha observado en estudios en que los niños y adolescentes deprimidos muestran un déficit en el funcionamiento social y gustan menos a los demás (Kaslow, Brown & Mee, 1994). De acuerdo con esta hipótesis un niño con un alto nivel de depresión se

encuentra más aislado y resulta menos efectivo en sus interacciones sociales, y en situaciones experimentales le cuesta más trabajo la solución de problemas interpersonales y es menos preferido por sus compañeros para jugar o realizar alguna actividad (Altman & Gotlib, 1988; Blechman, Mc Enroe, Carella, & Audette, 1986; Sacco & Graves, 1984; citado en Kovacs, 1989). En un estudio de Bell-Dolan, Raven y Peterson (1993), se obtuvieron informes de depresión y del desenvolvimiento social de 112 niños de cuarto y sexto de primaria, y encontraron que el comportamiento social negativo, el retraimiento y una baja competencia social, aparecían relacionados con puntuaciones más altas de depresión.

Según la teoría de la indefensión aprendida sobre la depresión (Seligman & Peterson, 1986), algunos individuos debido a su historia de aprendizaje llegan a percibirse así mismos como individuos con muy poco control sobre su entorno. Esta indefensión aprendida está a su vez asociada con el estado de ánimo y los comportamientos característicos de la depresión, la cual puede verse como caso especial de indefensión aprendida ya que los intentos del niño para recuperar a su progenitor pueden tener como consecuencia que el niño piense que las acciones personales y los reforzadores positivos sean independientes entre sí.

Las conceptualizaciones de la indefensión hacen hincapié en cómo piensa el individuo sobre la actividad y su resultado, el estilo atribucional o explicativo de la persona. El estilo explicativo mediante el cual el individuo se culpa a sí mismo de los acontecimientos negativos (internos), concibiendo las causas de dicho acontecimiento como algo estable a lo largo del tiempo (estable) y generalizable a todas las situaciones (global), se considera característico de los individuos deprimidos, al igual que las atribuciones externas, inestables y específicas con respecto a acontecimientos positivos. En estudios sobre ésta perspectiva, se pone mucho énfasis en la interacción de los acontecimientos vitales estresantes con el estilo cognitivo (Abramson, Metlsky & Alloy, 1989). Una serie de estudios nos revelan la existencia de estilos atribucionales desadaptativos en niños y adolescentes deprimidos (p.ej., Kaslow et al, 1988; McCauley et al, 1988). No obstante, es preciso prestar una mayor atención a las contradicciones en los hallazgos, a la investigación

de los patrones evolutivos y a una articulación más clara de la relación entre el estilo atribucional y los acontecimientos vitales (Kaslow, Brown & Mee, 1994).

El papel de los factores cognitivos en la depresión es también el principal elemento en que se centran otros teóricos, Beck (1967;1976) propone que la depresión es el resultado de opiniones negativas sobre el yo, el mundo y el futuro. Los individuos depresivos han desarrollado ciertas distorsiones de todos los acontecimientos para convertirlos en una posibilidad de autculpa y de fracaso. La existencia de las distorsiones cognitivas de la teoría de Beck, en niños y adolescentes deprimidos ha sido confirmada por varios estudios (Kendall, Stark & Adams, 1990; Leitemberg, Yost & Carroll-Wilson, 1986). De cualquier manera, la naturaleza del vínculo entre la depresión y la distorsión cognitiva requiere de un mayor análisis (Hammen, 1992), ya que no está claro si estas cogniciones juegan un papel causal en la depresión en forma de vulnerabilidad subyacente, o si están asociadas a la depresión de algún modo, quizá produciéndose al mismo tiempo que la depresión o siendo consecuencia de la misma.

Por otra parte, se cree que el déficit en una parte de la dimensión de control (autovigilancia, autoevaluación, y autoreforzamiento), contribuye al desarrollo de la depresión. De acuerdo con este modelo, Rehm (1997) supone que los individuos deprimidos se centran selectivamente en acontecimientos negativos en lugar de positivos, y en las consecuencias inmediatas del comportamiento en lugar de las demoradas, establecen criterios de autoevaluación excesivamente severos, y se proporcionan a sí mismos muy poco reforzamiento positivo y castigos excesivos.

Los niños deprimidos tienen una visión negativa de sí mismo, de sus actuaciones y del futuro; pero todavía no está claro si los niños pueden tener un auto esquema negativo (Hammen & Zupan, 1984; Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson, & Sherick, 1993; Sacco & Graves, 1984; citado en Kovacs, 1989).

Según Kovacs (1989), los desórdenes del estado de ánimo pueden tener efectos que detrimentan las habilidades sociales, particularmente porque pueden interferir con la

formación de amistades y otras relaciones con compañeros. Las observaciones clínicas sugieren que los niños con trastornos afectivos tienen poca habilidad para proporcionar iniciativas sociales recíprocas y también pueden tener problemas en reconocer las consecuencias interpersonales de sus déficits.

## **ESTUDIOS SOBRE DEPRESION Y MALTRATO INFANTIL**

Se ha prestado poca atención en la investigación al estudio de la depresión en niños maltratados físicamente, aunque por muchas razones se esperarían síntomas depresivos en esta población. En primer lugar, los reportes clínicos y estudios sobre abuso infantil han manifestado características como incapacidad para disfrutar la vida, afecto triste, baja autoestima y abstinencia social (Green, 1981; Martin & Beezley, 1977). También estas características pueden ir acompañadas de muchas áreas de disfunción, las cuales son rasgos centrales de la depresión. Por otro lado, el uso del castigo violento en casa puede favorecer el desarrollo de indefensión aprendida en niños maltratados. La indefensión aprendida y los síntomas asociados a la depresión se esperarán si el niño percibe las consecuencias aversivas como impredecibles y como eventos sobre los que no tiene control (Seligman, 1981). Algunas investigaciones muestran que los niños maltratados creen poseer poco control sobre su ambiente (Barahal, Waterman, & Martin, 1981), precondition importante para el desarrollo de la indefensión aprendida.

Por último, las interacciones de los padres con los niños maltratados, aparte de su naturaleza punitiva pueden promover síntomas depresivos en el niño. Se han encontrado en los padres abusivos, menos respuestas emocionales, menos expresión de la afectividad, que proveen menos contactos positivos, menor iniciativa de interacción, y que ignoran más al niño que los padres control (Burgess & Conger, 1978; Egeland, Breitenbucher, & Rosenberg, 1980). Estas características provocan aislamiento y un clima emocional estéril para el desarrollo del apego infantil y el afecto de los niños maltratados. De hecho el rechazo emocional de los padres en la niñez temprana, aparece relacionado a una subsecuente depresión en el adulto (Crook, Raskin, & Eliot, 1981; Lefkovitz & Tesiny, 1984).

De esta manera, las consideraciones anteriores sugieren que los síntomas depresivos están asociados al abuso físico en el niño.

Kazdin y colaboradores (1985), realizaron un estudio para comprobar si el abuso físico en el niño va a manifestar mayores síntomas de depresión y rasgos asociados, como indefensión aprendida y baja autoestima, que los niños no maltratados.

El propósito del estudio era evaluar los síntomas depresivos en niños maltratados y no maltratados físicamente. Se esperaba que los niños maltratados reportaran mayores grados de depresión, expectativas negativas del futuro y baja autoestima en relación a los pacientes no maltratados.

Los hallazgos más importantes de la investigación fueron que los pacientes psiquiátricos maltratados físicamente mostraban mayores niveles de depresión y desesperanza y una autoestima más baja que los no maltratados. Los niños que han sufrido abuso físico en el pasado y en la actualidad resultaron más deprimidos que los que únicamente sufren de abuso en la actualidad, y los que únicamente sufrieron abuso en el pasado obtuvieron los puntajes más bajos. De cualquier manera, los niños abusados en el presente o el pasado, resultaron significativamente más deprimidos y percibían su futuro de manera más negativa que los niños sin historia de abuso físico. Lo anterior sugiere que los efectos del abuso físico en síntomas depresivos se atenúan con el tiempo.

Las investigaciones indican que el maltrato infantil puede tener efectos negativos en el desarrollo del niño, además de los efectos inmediatos en el desarrollo y la salud mental, se han estudiado sus efectos a largo plazo en la psicopatología del adulto prestando especial atención a la depresión, posiblemente por su alta prevalencia e incidencia en la comunidad.

En 1999, Yamamoto y colaboradores, realizaron un estudio con el propósito de examinar el maltrato físico y emocional, e identificar si el maltrato tiene efectos sobre los desórdenes de ansiedad y depresión en una población adolescente.

Los resultados obtenidos indican una mayor prevalencia de Depresión Mayor crónica/recurrente (DM) en aquellos sujetos que fueron humillados por su padre o su madre varias veces al año, que en aquellos que nunca tuvieron esta experiencia o que la tuvieron

sólo una vez en la vida. Otras experiencias de maltrato no estuvieron asociadas con DM en adolescentes hombres. Ninguna experiencia de maltrato estuvo asociada con la prevalencia de un Episodio único de Depresión Mayor (EDM) en adolescentes hombres.

En mujeres adolescentes, la prevalencia de DM fue significativamente más alta en aquellas que reportaron haber sufrido negligencia emocional o amenazas por parte del padre. De la misma manera, la prevalencia de EDM resultó más alta en aquellas que reportaron haber sido golpeadas por la madre. El estudio muestra una relación específica entre tipos de maltrato y psicopatología adolescente. Los resultados revelan que la prevalencia de DM está asociada con haber sido psicológicamente maltratado; el abuso de las madres estuvo relacionado con la psicopatología de adolescentes hombres, mientras que el abuso del padre se encontró asociado con la psicopatología de adolescentes mujeres.

El maltrato físico se relaciona más con trastornos de ansiedad debido a su naturaleza punitiva, y la DM está relacionada con el maltrato psicológico.

Otro estudio realizado por Styron & Janoff-Bulman, (1997) tuvo como propósito explorar las consecuencias a largo plazo del maltrato infantil y el apego temprano en una muestra de universitarios. Específicamente, investigaron no sólo la relación entre el maltrato y el estilo temprano de apego, sino también su contribución en tres áreas del funcionamiento adulto: estilo de apego adulto, depresión y conductas de solución de conflictos. Se esperaba que el apego temprano fuera un buen predictor del estilo de apego adulto y de la depresión.

Los sujetos que respondieron haber sido maltratados en la niñez, indicaron relacionarse en su infancia y en su madurez de manera menos segura que los sujetos sin historia de maltrato. Además se mostraron más deprimidos y más proclives a usar conductas destructivas en situaciones de conflicto. Las puntuaciones tanto en apego romántico en la madurez como en depresión, se explicaron mejor por el apego en la infancia hacia la madre y el padre, que por la historia de maltrato. Sin embargo, en el caso de las conductas para la resolución de conflictos, se obtuvo la explicación opuesta. En este

caso, la historia de maltrato fue el predictor más fuerte, y el apego a las figuras parentales no añadió ningún porcentaje explicativo a la varianza.

Los resultados sugieren que el impacto a largo plazo del maltrato en la infancia puede estar mediado por las experiencias tempranas de apego, mientras que el impacto a largo plazo del maltrato en las conductas para la resolución de conflictos parece ser mucho más directo.

## MÉTODO

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica clínica se ha observado que existe una estrecha relación entre la depresión y la institucionalización. Específicamente en la Casa Hogar para Niñas encontramos ciertos rasgos de personalidad en las menores como, aislamiento, apatía, indiferencia, rebeldía, agresividad y ansiedad, manifestaciones que parecen indicar una depresión.

Dentro de las historias personales de las niñas observamos diferentes tipos de maltrato como el maltrato físico, el abuso sexual y el abandono total.

A partir del supuesto de que existe depresión en las niñas institucionalizadas, y tomando en cuenta que la mayoría de ellas han sido maltratadas, consideramos que los niveles de depresión podrían variar dependiendo del tipo de maltrato.

### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe depresión en las niñas institucionalizadas de la Casa Hogar para Niñas del DIF?

¿Existe una relación entre el nivel de depresión y los diversos tipos de maltrato en las niñas de la Casa Hogar para Niñas del DIF?

### HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

H<sub>1</sub>: Las niñas institucionalizadas de la Casa Hogar para Niñas del DIF presentan depresión.

H<sub>2</sub>: Las niñas que sufrieron abuso sexual presentan un mayor nivel de depresión que las niñas que sufrieron maltrato físico y abandono.

De acuerdo con varios autores la depresión es una reacción frecuente al abuso sexual infantil y consideran que el abuso sexual recurrente llevará casi invariablemente a un estado depresivo (López, 1993; Blumler, Keyte, & Wiles, 1987; citado en Noguero, 1997). La

evidencia sugiere a la depresión como la patología más claramente relacionada con este tipo de maltrato (López Sánchez, 1997).

#### Hipótesis Estadísticas

Ha1: Existe depresión en las niñas de la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ha2: Existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ha3: Existen diferencias significativas en la categoría de estado de ánimo negativo entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ha4: Existen diferencias significativas en la categoría de problemas interpersonales entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ha5: Existen diferencias significativas en la categoría de ineffectividad entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ha6: Existen diferencias significativas en la categoría de anhedonia entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ha7: Existen diferencias significativas en la categoría de auto-evaluación negativa entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ho1: Ha1: No existe depresión en las niñas de la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ho2: No existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas con abandono total en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ho3: No existen diferencias significativas en la categoría de estado de ánimo negativo entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ho4: No existen diferencias significativas en la categoría de problemas interpersonales entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ho5: No existen diferencias significativas en la categoría de ineffectividad entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ho6: No existen diferencias significativas en la categoría de anhedonia entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Ho7: No existen diferencias significativas en la categoría de auto-evaluación negativa entre niñas que han sufrido abuso sexual, niñas maltratadas físicamente y niñas abandonadas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

## VARIABLES

VD- Nivel de depresión

VI- Institucionalización

Abandono Total

Maltrato Físico

Abuso Sexual Infantil

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Nivel de Depresión- Kovacs (1989), define la depresión como una emoción dolorosa o estado de ánimo negativo (síntoma); una globalidad de estado de ánimo negativo y quejas asociadas, como son la desesperanza, devaluación personal, deseos suicidas y letargo (síndrome); o un síndrome depresivo con características de patrones sintomáticos y una duración que entorpece el funcionamiento de la persona.

El nivel de depresión se encuentra en relación con cinco categorías de síntomas depresivos (Kovacs, 1992).

- a) Estado de ánimo negativo: sensación de tristeza y llanto, ideas pesimistas, sentimientos de culpa, de preocupación, dificultad para la toma de decisiones.
- b) Problemas interpersonales: sentimientos de inferioridad, aislamiento, sumisión, irritación e intolerancia hacia los demás, dificultades en las relaciones interpersonales.
- c) Inefectividad: sensación de incompetencia, dificultad para iniciar y realizar tareas, problemas de aprendizaje.
- d) Anhedonia o dificultad en la búsqueda de placer: dificultad para divertirse, alteraciones del sueño, sensación de cansancio, alteraciones del apetito, preocupación por las enfermedades.

e) Auto-evaluación negativa y/o autoestima devaluada del sujeto: sensación de odiarse a sí mismo, rechazo de su forma de ser, ideas de autoagresión, desagrado con su aspecto físico, sensación de no ser digno de recibir afecto y cariño.

Institucionalización- Tiene lugar cuando la persona se encuentra internada en una institución.

Abandono total- Tiene lugar el abandono infantil cuando las personas responsables de cubrir las necesidades básicas del niño no las llevan a cabo (Carbajal, Rodríguez, & Cota, 1994).

Maltrato físico- Cualquier intervención, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en situación de grave riesgo de padecerlo (Díaz Huertas, 1997b).

Abuso sexual- La implicación de niños en actividades sexuales para satisfacer las necesidades de un adulto, siendo formas de abuso sexual: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, estimulación sexual, etc. (Díaz Huertas, (1997b).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Nivel de Depresión- Calificación obtenida en el Children's Depression Inventory de Kovacs, 1992.

Institucionalización- Niñas internas en la Casa Hogar para Niñas del DIF.

Abandono Total- Niñas abandonadas de la Casa Hogar para Niñas del DIF, provenientes de Casa Cuna que no cuentan con ningún familiar.

Maltrato Físico- Niñas de la Casa Hogar para Niñas del DIF que han sufrido algún tipo de maltrato físico.

Abuso Sexual- Niñas de la Casa Hogar para Niñas del DIF que han sufrido algún tipo de abuso sexual.

## POBLACIÓN

Niñas pertenecientes a la Casa Hogar del DIF, tomándose todos aquellos casos que cumplen con los criterios de inclusión.

## TÉCNICA DE MUESTREO

Es un muestreo intencional, dado que los grupos se conformaron con base en los criterios de inclusión y exclusión establecidos para cada uno.

## SUJETOS

Fueron consideradas 32 niñas institucionalizadas de la Casa Hogar para Niñas del DIF, 17 casos de niñas en estado de abandono total, 11 niñas maltratadas físicamente y 4 niñas que han sufrido algún tipo de abuso sexual detectados a través de la revisión de las historias personales de las menores.

Criterios de inclusión, Niñas de 8 a 12 años de edad con una estancia mínima de 2 años dentro de la institución.

Criterios de exclusión, niñas que presenten datos de organicidad o deficiencia mental considerados en sus expedientes.

## INSTRUMENTO

-Children's Depression Inventory

-Autor: Kovacs, María. (USA, 1992).

-Edad de aplicación: 7-17 años

-Número de ítems: 27

-Objetivo: Detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo.

-Origen de la escala: El punto de partida del cuestionario fue la prueba para adultos "Beck Depression Inventory" (Beck, 1967). Kovacs utilizó como modelo un cuestionario de adultos basándose en los puntos comunes existentes entre los trastornos depresivos de jóvenes y adultos que defienden algunos autores.

En general se respetó el contenido y formato de la escala de adultos. Sin embargo, en las diversas fases a lo largo de su estudio se fueron añadiendo y sustituyendo ítems, en función de la mayor o menor adecuación de su contenido respecto de los niños y de los resultados obtenidos a través de los estudios piloto.

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

El cuestionario consta de 27 ítems, cada uno con 3 posibles respuestas alternativas, de entre las cuales el niño debe señalar la que mejor describa su estado de ánimo en las 2 últimas semanas. Los reactivos permiten medir síntomas depresivos en un rango de 0 a 2; en el que el valor 0 corresponde a la ausencia del síntoma, el valor 1 a una presencia leve del síntoma y el valor 2 se refiere a una presencia grave del síntoma. Aproximadamente en el 50% de los ítems la primera alternativa refleja la máxima patología; en el resto, el orden de las alternativas ha sido invertido.

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

**Guía de interpretación para los puntajes T**

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

Kovacs (1992).

Los ítems se agrupan de acuerdo a cinco categorías:

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

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

En cuanto a la confiabilidad y validez, este cuestionario presenta una amplia relación con otras medidas de depresión como la “Depression Self-rating Scale” ( $r = 0.81$ , Asarnow y Carlson, 1985) y la “Children’s Depression Scale” ( $r = 0.84$ , Rotundo y Hensley, 1985); y moderada relación con la “Center of Epidemiologic Studies Depression Scale” ( $r = 0.44$ ), Weisman y cols., 1980) y la “Child Behavior Checklist” ( $r = 0.30$ , Saylor y cols., 1984a).

Los estudios sobre consistencia interna demuestran que el CDI es una prueba homogénea tanto en niños normales como en poblaciones clínicas. Finch y Roger (1985), reportan que tiene una consistencia de .94 en niños normales y de .80 en niños emocionalmente perturbados. Por su parte Kovacs (1992), obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach entre

.71 y .89, lo que indica que el instrumento cuenta con una consistencia interna adecuada (Ramírez, 1996).

#### TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio utilizado en la presente investigación es *expost-facto*, transversal y retrospectivo, debido a que las variables independientes no son manipuladas sino que ya están dadas, es transversal porque se hace una sola medición con diferentes edades, y retrospectivo porque se lleva a cabo una revisión de las historias de las menores.

#### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño de investigación cuasiexperimental de 3 muestras independientes con 1 sola medición.

#### PROCEDIMIENTO

A partir del contacto con la institución sobre la base de la realización del servicio social en la Casa Hogar para Niñas, se solicitó el acceso a las historias personales de las menores para identificar los grupos de la muestra, seleccionando a las niñas de 8 a 12 años y que hayan sufrido abandono total, maltrato físico o abuso sexual. Se aplicó el Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992) de manera individual, el cual fue leído a las menores para evitar dificultades de comprensión, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos detectando así el nivel de depresión de la muestra. Posteriormente se realizó un análisis estadístico mediante la prueba Kruskal-Wallis para comparar los resultados entre los grupos de maltrato y poder confirmar las hipótesis.

## ANÁLISIS DE DATOS

-Estadística descriptiva.

-Prueba de Kruskal-Wallis 1-way Anova para detectar diferencias del nivel de depresión entre los 3 grupos de maltrato.

## RESULTADOS

En el análisis descriptivo de los datos se observa que la media de las edades de la población fue de 10 años. Dentro del grupo de abuso sexual, el 50% tuvieron 9 años, el 25% 10 años y el 25% 12 años; en el grupo de maltrato físico los porcentajes son, 9.1% de 8 años, 36.4 % de 9 años, 18.2% de 10 años, 18.2% de 11 años y 18.2% de 12 años; por último, en el grupo de abandono se encontraron las siguientes edades; 17.6% de 8 años, 23.5% de 9 años, 17.6% de 10 años, 23.5% de 11 años y 17.6% de 12 años (tabla 1.a y gráfico 1.a).

Tabla 1.a EDAD

EDAD	ABUSO SEXUAL	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO TOTAL
media	10 años	10 años	10 años
8 años	0%	9.10%	17.60%
9 años	50%	36.40%	23.50%
10 años	25%	18.20%	17.60%
11 años	0%	18.20%	23.50%
12 años	25%	18.20%	17.60%

En la escolaridad, la media de la población es de 4° grado de primaria. Un 50% del grupo 1 está cursando 3° de primaria, un 25% está en 4° y el otro 25% se encuentra en 6° de primaria. En el grupo 2, tenemos que 9.1% está cursando 2 de primaria, 27.3% está en 3°, 36.4% en 4°, 18.2 en 5° y 9.1% se encuentra en 6°. En el grupo 3, un 17.6% está en segundo de primaria, el 5.9% en 3°, 23.5% en 4°, 29.4% en 5° y un 23.5% en 6° año. Podemos observar un ligero retraso en la escolaridad en relación con la edad cronológica de las niñas (tabla 2.a y gráfico 2.a).

Tabla 2.a ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	ABUSO SEXUAL	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO TOTAL
media	4 grado	4 grado	4 grado
2 grado	0%	9.10%	17.60%
3 grado	50%	27.30%	5.90%
4 grado	25%	36.40%	23.50%
5 grado	0%	18.20%	29.40%
6 grado	25%	9.10%	23.50%

## EDADES

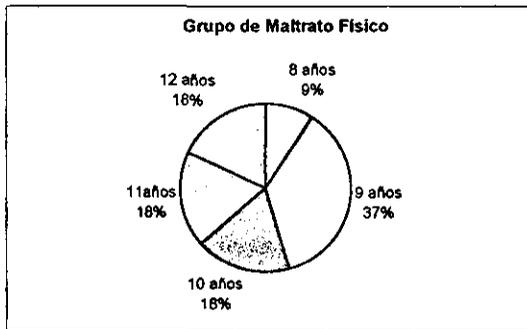
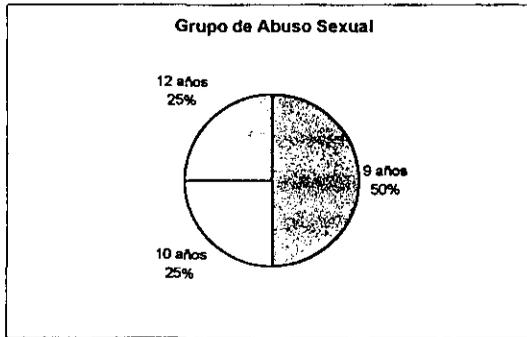


Gráfico 1.a

## ESCOLARIDAD

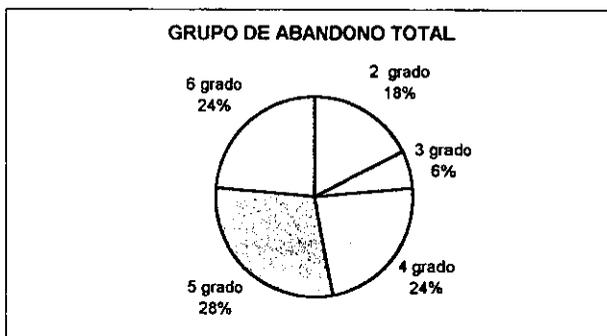
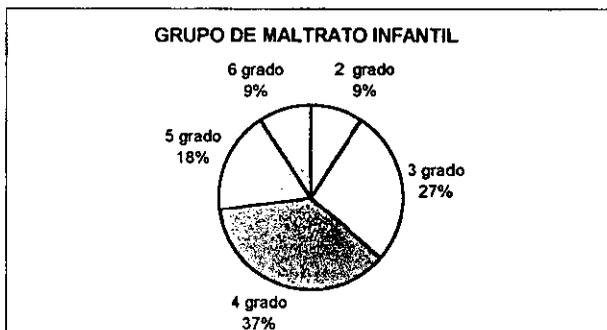
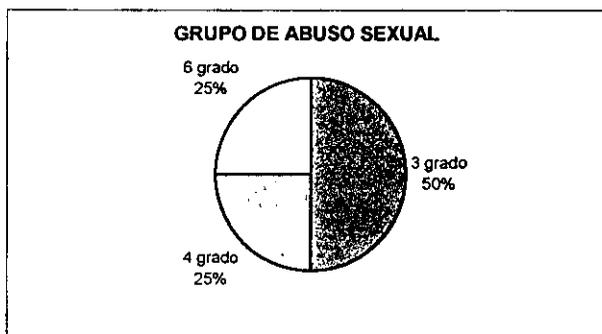


Gráfico 2.a

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

En cuanto al número de años que llevan las niñas en la institución la media de la población es de 3 años y medio. En el grupo de abuso sexual el 25% lleva 2 años y el 75% 3 años. En el grupo de maltrato físico, un 27.35% lleva 2 años, 63.6% 3 años y 9.1% 4 años; en el grupo de abandono total, 17.6% lleva 2 años, 23.5% 3 años, 17.6% 4 años, 11.8% 5 años, 17.6% 6 años y 11.8% 7 años (tabla 3.a y gráfico 3.a).

**Tabla 3.a AÑOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN**

No. de años de Institucionalización	ABUSO SEXUAL	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO TOTAL
media	2.75	2.82	4.35
2 años	25%	27.30%	17.60%
3 años	75%	63.60%	23.50%
4 años	0%	9%	17.60%
5 años	0%	0%	11.80%
6 años	0%	0%	17.60%
7 años	0%	0%	11.80%

Encontramos los siguientes porcentajes de niñas con hermanos institucionalizados, en la población general 53.1%; en el grupo de abuso sexual 25%, en el grupo de maltrato físico 45.5% y en el grupo de abandono 64.7% (tabla 4.a y gráfico 4.a).

**Tabla 4.a HERMANOS INSTITUCIONALIZADOS**

Hermanos Institucionalizados	ABUSO SEXUAL	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO TOTAL
tienen	25%	45.50%	64.70%
no tienen	75%	54.50%	35.30%

En la población general el 71.9% de las niñas reciben visitas. El 100% de las niñas del grupo de abuso sexual son visitadas por familiares. De las niñas del grupo de maltrato físico, el 90.9% tienen visitas, de las cuales el 80% son visitas familiares y el 20% son visitas voluntarias. En el grupo de abandono, el 52.9% reciben visitas (tabla 5.a y gráfico 5.a).

**Tabla 5.a VISITAS**

VISITAS	ABUSO SEXUAL	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO TOTAL
tienen	100%	90.90%	52.90%
no tienen	0%	9.10%	47.10%

## AÑOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN

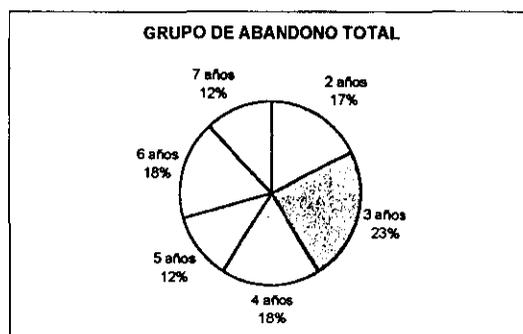
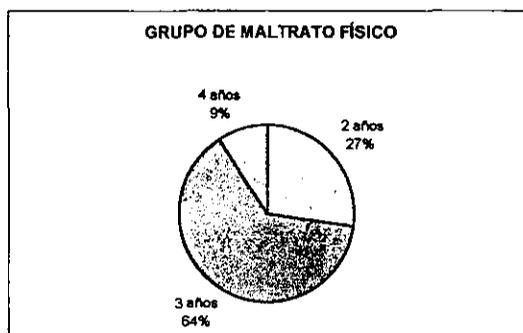
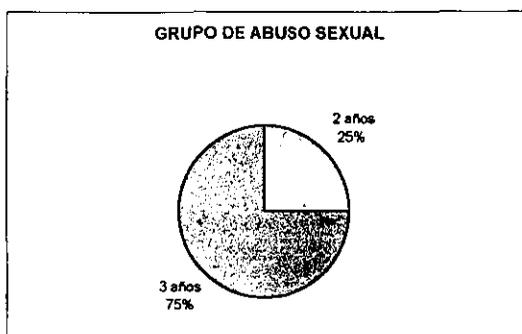


Gráfico 3.a

## HERMANOS INSTITUCIONALIZADOS

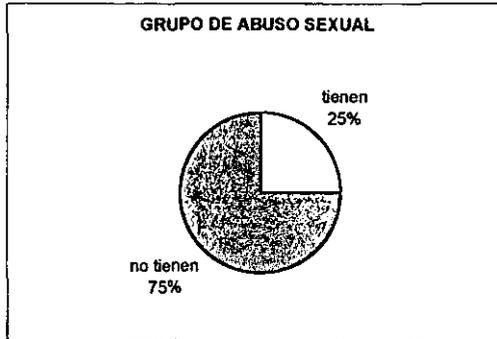


Gráfico 4.a

## NIÑAS QUE RECIBEN VISITAS

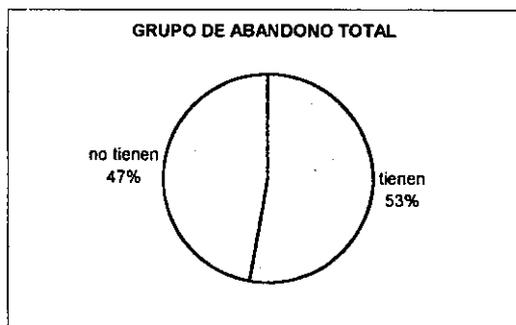
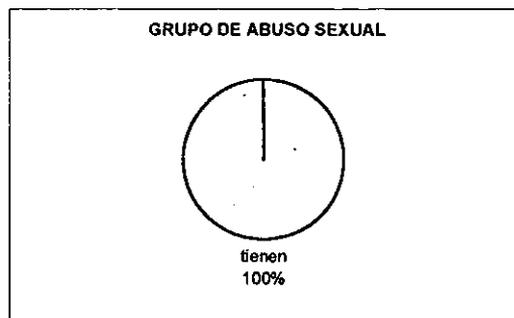


Gráfico 5.a

En el área intelectual todos los casos fueron evaluados con la escala Wechsler WISC-RM, tanto al inicio como en el momento actual. La media del CI inicial en la población general fue de 95.59. En el grupo de abuso sexual la media fue de 97.5, los puntajes van desde 84 a 113; en el grupo de maltrato físico, el CI promedio fue de 93, encontrando puntajes de 73 a 106; en el grupo de abandono la media de CI fue de 96.82, con puntajes de 73 a 120.

En el CI actual la media de la población general fue de 102.62. La media del grupo de abuso sexual fue de 105, con puntajes de 94 a 114; en el grupo de maltrato físico la media fue de 94.91, con puntajes de 71 a 111; y en el grupo de abandono se encontró una media de 107.06, con puntajes de 87 a 131.

Podemos observar un incremento en las medias de los puntajes de CI inicial a CI actual en toda la población. En el grupo de abuso sexual, el incremento fue de 7.5 puntos, en el grupo de maltrato físico fue de 1.91 puntos y en el grupo de abandono fue de 10.24 puntos. Observando que el grupo que menos incrementó su puntaje fue el de maltrato físico y el grupo que tuvo un mayor incremento fue el de abandono (tabla 6.a y gráfico 6.a).

**Tabla 6.a AREA INTELECTUAL**

<b>AREA INTELECTUAL</b>	<b>ABUSO SEXUAL</b>	<b>MALTRATO FÍSICO</b>	<b>ABANDONO TOTAL</b>
CI inicial	97.5	93	96.82
CI actual	105	94.91	107.06

De acuerdo con la organización de la institución cada edificio queda a cargo de un psicólogo, el cual tiene un mayor acercamiento con las niñas, y basándose en criterios preestablecidos definen que el 75% de las niñas del grupo de abuso sexual se encuentran estables y adaptadas, y 25% rebeldes y agresivas. En el grupo de maltrato físico un 45.5% estables y adaptadas, 36.4% rebeldes y agresivas y 18.2% presentan introversión. En el grupo de abandono, 41.2% son estables y adaptadas, 35.3% rebeldes y agresivas, y 23.5% son introvertidas (tabla 7.a y gráfico 7.a).

Tabla 7.a AREA EMOCIONAL

AREA EMOCIONAL	ABUSO SEXUAL	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO TOTAL
estable	75%	45.50%	41.20%
rebelde	25%	36.40%	35.30%
introversión	0%	18.20%	23.50%

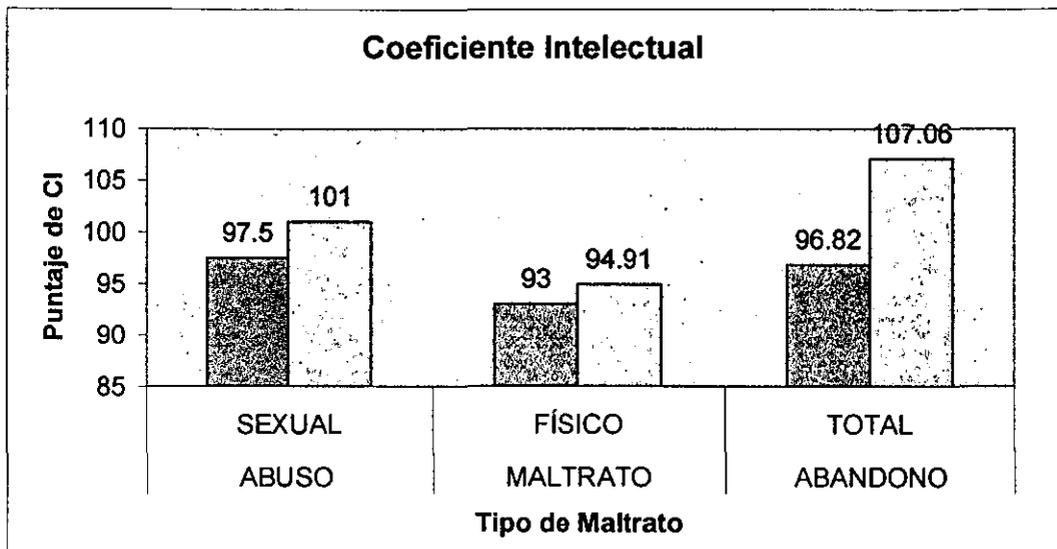


Gráfico 6.a

## AREA EMOCIONAL

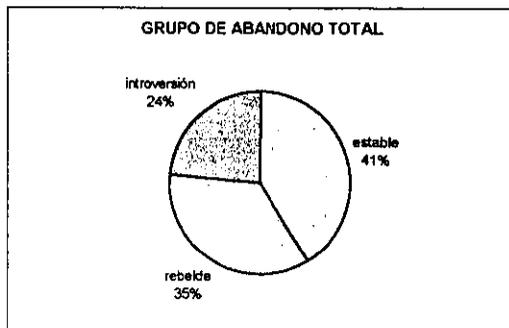
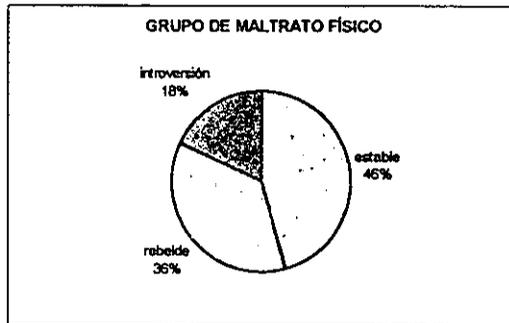
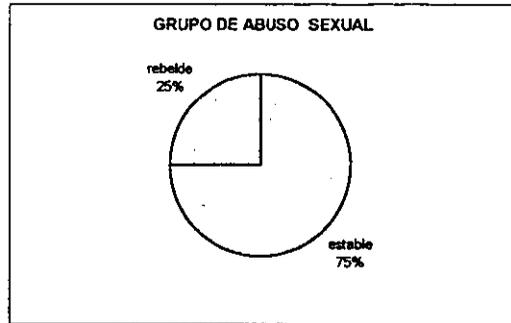


Gráfico 7.a

En cuanto al nivel de depresión de la población general observamos un incremento relacionado con la edad de las niñas; a mayor edad, mayor nivel de depresión. La media del nivel de depresión en las niñas de ocho años fue de 51, en las niñas de nueve años fue de 53.2, en las niñas de diez años fue de 54.16, en las de once años fue de 57, y en las de 12 años también fue de 57.

**Tabla 8.a EDAD Y DEPRESIÓN**

EDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN
8 años	51
9 años	53.2
10 años	54.16
11 años	57
12 años	57

La media del nivel de depresión en la población general fue de 56.41. En el grupo de niñas que presentan abuso sexual fue de 60.5, con puntuaciones que van de 56 a 70; en el grupo de maltrato físico fue de 56.63, con puntajes de 49 a 70; y en el grupo de niñas abandonadas fue de 52.11, presentando puntajes de 39 a 63. Se observa que el grupo de abuso sexual presenta el nivel más alto de depresión, seguido por el grupo de maltrato físico, y el grupo de abandono presenta el nivel más bajo de depresión (tabla 9.a y gráfico 8.a).

En el grupo de abuso sexual, el 75% se encuentra ligeramente por encima de la media y el 25% muy por encima de la media. En el grupo de maltrato físico, el 45.5% se encuentra dentro de la media, 27.3% ligeramente por encima de la media, 18.2% por encima de la media y 9.1% muy por encima de la media. En cuanto al grupo de abandono, el 5.9% se encuentra por debajo de la media, 5.9% ligeramente por debajo de la media, 53% dentro de la media, 29.5 % ligeramente por encima de la media y 5.9% por encima de la media.

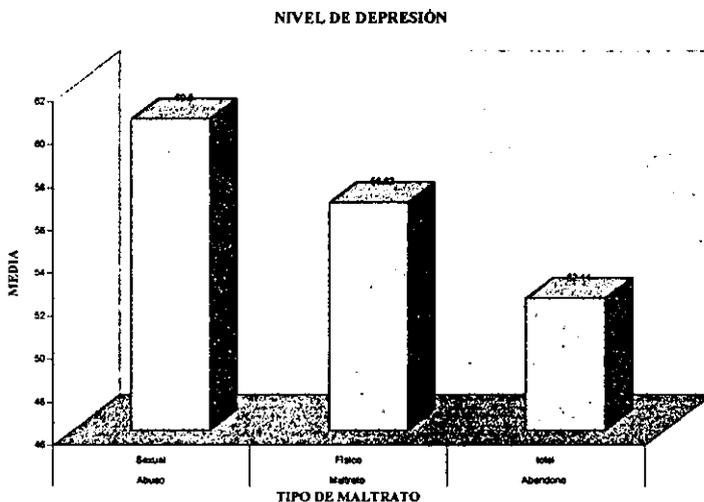


Gráfico 8.a

Tabla 9.a **DEPRESIÓN**

VARIABLE	ABUSO SEXUAL	MALTRATO FÍSICO	ABANDONO TOTAL
NIVEL DE DEPRESIÓN	60.5	56.63	52.11
ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO	60.25	50	52.23
RELACIONES INTERPERSONALES	72.5	65	54.7
INEFECTIVIDAD	55.5	58.63	51.76
ANHEDONIA	56.75	54.54	51.11
AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA	55.5	53.72	51.88

En la categoría de estado de ánimo negativo la media de la población general fue de 54.16. El grupo con puntuación más alta fue el de abuso sexual con 60.25, seguido del grupo de abandono con 52.23 y por último el grupo de maltrato físico con 50.

En la categoría de problemas interpersonales la media de la población general fue de 64.06. El grupo con puntuación más alta fue el de abuso sexual con 72.50, el grupo de maltrato físico presenta una puntuación de 65 y el grupo de abandono presenta 54.7.

En cuanto a la ineffectividad la media de la población general fue de 55.29. El grupo con mayor puntuación fue el de maltrato físico con 58.63, seguido por el grupo de abuso sexual con 55.5y por último el grupo de abandono con 51.76.

Con respecto a la categoría de anhedonia la media de la población general fue de 54.13. El grupo de abuso sexual fue el más alto con una puntuación de 56.75, seguido por el grupo de maltrato con 54.54 y el grupo de abandono presenta una puntuación de 51.11.

En la categoría de autoevaluación negativa la media de la población general fue de 53.7. El grupo con puntuaciones más altas es el de abuso sexual con una puntuación de 55.5, seguido por el grupo de maltrato físico con una puntuación de 53.72 y el grupo de abandono presenta una puntuación de 51.88 (tabla 9.a y gráfico 9.a).

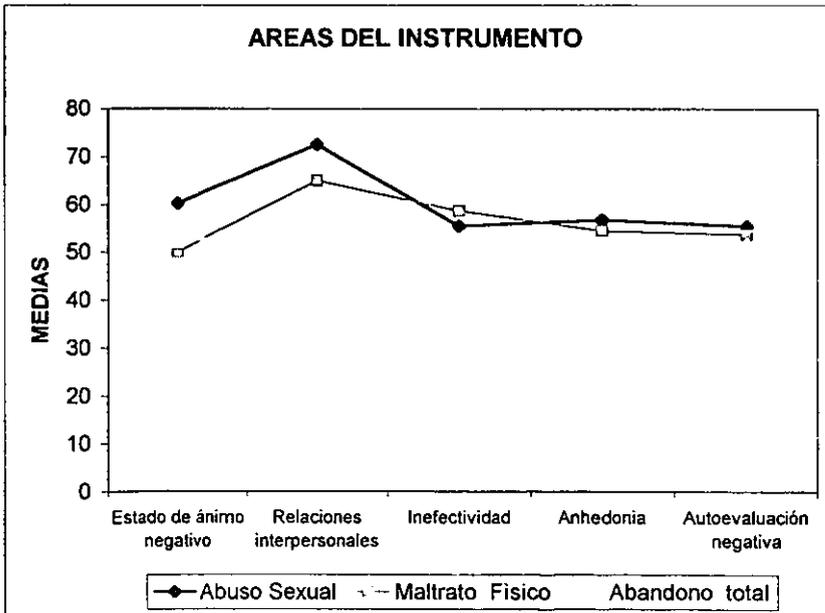


Gráfico 9.a

En la prueba estadística de Kruskal-Wallis 1- way Anova no se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel de depresión entre los tres grupos; abuso sexual, maltrato físico y abandono. En las áreas del instrumento sólo hubo diferencias significativas en el estado de ánimo alterado; por lo tanto, sólo se acepta la hipótesis alterna de que existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto al estado de ánimo alterado y se rechazan las demás (Tabla 10.a).

Tabla 10.a

**Npar Tests**

**Kruskal-Wallis Test**

	Nivel de Depresión	Estado de Animo Negativo	Inefectividad	Problemas Interpersonales	Anhedonia	Autoevaluación Negativa
Chi-Square	4.562	6.534	3.699	4.385	1.161	.782
Df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	.102	.038	.157	.112	.560	.676

Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis 1-way Anova.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos observar que en la población general de la investigación se presenta un nivel de depresión ligeramente por encima de la media. Lo cual puede deberse a la separación que sufrieron al ser institucionalizadas, a las carencias afectivas de la institución, o bien al maltrato de que fueron víctimas. De acuerdo con la literatura revisada, cualquier niño que ha sufrido pérdidas o separaciones presentará algún grado de depresión (Jansson, et al, 1995). La separación o pérdida de personas importantes para él, sin que otra persona pueda llenar su lugar podría favorecer un cuadro de depresión crónica o recurrente (Cazorla, et al, 1992).

En la línea psicoanalítica Freud define que la pérdida de objeto durante las primeras etapas de la vida puede conducir a trastornos emocionales que se caracterizan por un estado de ánimo profundamente doloroso, cese del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones y una importante disminución del amor propio.

En la presente investigación encontramos que el nivel de depresión incrementa en relación a la edad de las niñas, lo cual se relaciona con estudios previos que indican una mayor prevalencia de depresión en adolescentes que en niños más pequeños (Angold & Rutter, 1992; Cohen, Kaser et al, 1993; Withaker et al, 1990; citado en Wicks-Nelson, & Allen, 1997). La preadolescencia se caracteriza por un aumento de la actividad, así como de la energía, provocados probablemente por los cambios hormonales y biofisiológicos. Existe un rompimiento masivo con los fenómenos infantiles y un aislamiento del mundo externo en general, lo cual es una manifestación de que el individuo necesita libertad e intimidad. Previo a la crisis de identidad, característica fundamental de la adolescencia, comienza a presentarse una serie de cuestionamientos acerca de quién es él y qué papel juega dentro del núcleo familiar y social, lo que puede favorecer un incremento en el nivel de depresión (Carvajal, 1993).

El área de relaciones interpersonales se encuentra más alterada en todos los grupos. Partiendo de la base de que las relaciones interpersonales surgen a partir de las primeras

relaciones de objeto con las principales figuras del niño, pensamos que si estas niñas fueron maltratadas o abusadas por personas importantes para ellas, entonces sus relaciones se ven deterioradas por la situación de maltrato, y posteriormente quizá extiendan este problema hacia las demás personas que conocen, ya sea en la escuela o dentro de la institución.

Según Ochoterena y Martínez (1993) es coherente suponer que en niños que han sufrido maltrato, la interacción con sus compañeros pueda estar alterada por el tipo de ambiente maltratante en el que se han desarrollado, y que tal distorsión en la interacción pueda tener valor predictivo con respecto a la interacción social futura en la época adulta.

De acuerdo con Kovacs (1989), los niños deprimidos tienen pocas habilidades e iniciativas sociales y pueden tener problemas para reconocer las consecuencias interpersonales de sus déficits. Estos niños se encuentran más aislados, son menos efectivos en sus interacciones sociales, presentan dificultades en la solución de problemas interpersonales y son menos preferidos por sus compañeros. El deterioro de las actividades sociales interfiere con la formación de amistades, las relaciones con compañeros y con otras personas. Esto afecta su vida en todos sentidos ya que tenderán a presentar problemas de adaptación y convivencia, sus relaciones a futuro se verán afectadas, sus planes y expectativas serán pobres, y su desempeño y productividad se verán deteriorados.

No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de depresión entre los tres grupos. La depresión posiblemente no depende de que las niñas hayan sufrido abuso sexual, maltrato físico o abandono, sino de otros factores de tipo constitucional, hereditario, de personalidad, calidad del vínculo materno infantil, historia de vida, antecedentes familiares, ambiente externo, etc. La experiencia de ser víctima de maltrato infantil no es el principal factor responsable de muchas de las dificultades psicológicas que se han encontrado en niños maltratados (Emery, 1989).

A nivel cualitativo el grupo de abuso sexual presenta un mayor grado de depresión en comparación a los grupos de abandono y maltrato físico. El abuso sexual durante el

desarrollo infantil puede llegar a ser realmente traumatizante para las criaturas puesto que aún no tienen la madurez psico-biológica para enfrentar un evento de esta magnitud, y difícilmente logran integrar en su psique una experiencia de este tipo.

La sintomatología depresiva y los cuadros clínicos depresivos diagnosticables han sido citados de manera muy frecuente en toda la literatura como asociados a la experiencia de abuso sexual en la infancia (Ochoterena y Martínez, 1993).

El área estado de ánimo negativo presenta un puntaje estadísticamente significativo en el grupo de abuso sexual, pues posiblemente las niñas experimentan una considerable sensación de tristeza, culpa, preocupación, irritabilidad e intolerancia hacia las personas que las rodean, llevándolas a presentar problemas en sus relaciones interpersonales.

Actualmente el enfoque psicoanalítico considera que la depresión se origina en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la hostilidad con impulsos agresivos dirigidos hacia personas de quienes depende la propia seguridad (Kolb, 1992). Los niños que son abusados sexualmente por alguna figura cercana perciben como una traición el hecho de que alguien de quien depende sea capaz de causales daño, lo cual provoca una pérdida de la confianza en las figuras adultas de gran importancia a largo plazo (Finkelhor & Browne, 1985). En muchos casos el abuso sucede dentro del contexto familiar, por lo que las niñas pueden sentirse culpables por provocar la desunión, y tienden a percibir su internamiento en la institución como un castigo por haber hecho algo malo, haber sido las causantes del abuso o haberlo disfrutado de alguna forma (Noguerol, 1997).

De acuerdo con estudios anteriores se ha verificado que existen secuelas afectivas o emocionales en el abuso sexual infantil. La culpa y la vergüenza son reacciones frecuentes constatadas en la mayoría de las víctimas (Summit, 1983; Noguerol, 1995; citado en Noguerol, 1997). El abuso sexual puede provocar pérdida de autoestima, sumisión y sentimientos de inferioridad, así como desequilibrio en las relaciones que establecen, en las que tienden a ocupar una posición de inferioridad, provocando sentimientos de aislamiento, estigmatización y marginalidad.

Muchos autores coinciden en que la depresión es una reacción frecuente al abuso sexual infantil, y consideran que el abuso sexual recurrente llevará casi invariablemente a un estado depresivo (López, 1993; Blumler, Keyte, & Wiles, 1987; citado en Noguerol, 1997). Por lo tanto, la evidencia sugiere a la depresión como la patología más claramente relacionada con este tipo de maltrato (López Sánchez, 1997).

La depresión también ha sido relacionada con el maltrato físico; en la presente investigación este grupo de niñas tuvo un nivel de depresión menor que el grupo de abuso sexual. Los modelos teóricos sobre el apego sugieren que la violencia por sí misma no es el mayor predictor de una pobre adaptación psicológica en niños maltratados (Harlow & Harlow, 1969, citado en Emery, 1989). Estudios sobre el apego y el maltrato infantil revelan que las dificultades en el apego interfieren más en el desarrollo del niño, que la experiencia de ser víctimas de violencia (Egeland, Sroufe & Erickson, 1983; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984).

El grupo de maltrato físico obtuvo una mayor puntuación en el área de ineffectividad, posiblemente debido a que el maltrato físico conlleva al maltrato de tipo psicológico, el cual incluye agresión verbal, humillación, y devaluación de sus capacidades; por lo tanto estas niñas pueden sentirse impotentes, pudiendo desarrollar una indefensión que les afecte en otras áreas de su vida, creyéndose incapaces de realizar bien las cosas, e impidiéndoles tener un desempeño intelectual adecuado. Se observa que este grupo tuvo un CI inicial más bajo y además a lo largo de su institucionalización ha obtenido un menor incremento en comparación a los otros dos grupos.

El grupo de abandono obtuvo el menor nivel de depresión observándose puntuaciones más estables en las áreas del instrumento, lo que nos habla de una mayor estructuración de su personalidad posiblemente debido a que llevan más años dentro de la institución, la cual les brinda un marco de vida organizado con estabilidad del entorno físico y de sus cuidadores. Cualquier niño requiere de un espacio físico estable, propio y adaptado a su edad y necesidades, así como una estructuración ordenada y repetida en el

tiempo; tales condiciones son prioritarias para aquellos que han vivido en medios desorganizados y caóticos (Martínez González & Díaz Huertas, 1997). Podemos suponer entonces, que a pesar de todas las críticas y limitaciones sobre la institucionalización, resulta mejor en algunos casos internar a las menores a que continúen en los ambientes familiares en que estaban inmersas.

Se observa que las niñas que sufrieron abandono muestran un menor deterioro en sus relaciones interpersonales en comparación con las otras, pues tal vez las niñas abandonadas no fueron maltratadas o abusadas por sus figuras principales. Quizá algunas de ellas fueron abandonadas después de haber establecido el vínculo materno-infantil o bien lograron establecerlo con algún cuidador dentro de la institución. Esta primera relación pudo haberles dado la capacidad para establecer relaciones posteriores.

La institución cubre en cierto grado las necesidades afectivas, psicosociales, y sanitarias de las niñas, quienes reciben además estimulación intelectual y educativa. Sin embargo, se observa un ligero retraso en la escolaridad de las niñas puesto que la media de las edades es de 10 años y la media del grado escolar es cuarto de primaria. Se esperaría que si las niñas entran a primaria a los 6 años, a los 10 años de edad deberían estar cursando quinto de primaria.

De acuerdo con la versión de la prueba de Wechsler WISC-RM, el coeficiente intelectual de la población se encuentra dentro de un nivel normal, no obstante, esta prueba favorece hasta con 15 puntos la evaluación final; por lo que el nivel del coeficiente intelectual es en realidad más bajo que el de los resultados obtenidos a través de otras escalas (Heredia 1993; citado en Esquivel, Heredia & Lucio, 1999).

El coeficiente intelectual de la población ha incrementado desde su llegada a la institución a la actualidad, siendo el grupo de abandono el que ha logrado un mayor adelanto en su desempeño intelectual, posiblemente debido a que la institución ha favorecido su desarrollo al brindarles un contexto más estructurado.

El grupo de abandono tiene un mayor número de hermanos institucionalizados, lo cual indica una constante en la conducta de los padres, ya que abandonan a sus demás hijos como lo hicieron con el primero. Por otro lado, la mitad de las niñas del grupo de maltrato físico tienen hermanos institucionalizados, posiblemente debido a que es común que se maltrate a todos los hermanos y las autoridades los lleven a instituciones. El grupo de abuso sexual presenta el menor número de hermanos institucionalizados, probablemente porque a ellas se les separa de su medio para que no continúe ocurriendo el abuso aunque siguen recibiendo visitas de sus familiares al igual que las niñas maltratadas físicamente, a diferencia del grupo de abandono que solamente reciben algunas visitas voluntarias.

Algunos autores afirman que cualquier separación entre el niño pequeño y la madre da lugar necesariamente a una grave privación afectiva (Spitz, Bolwby). Sin embargo, hay trabajos que demuestran que algunos niños pueden superar estos inconvenientes en el desarrollo de su personalidad. El punto de vista actual, es que la pérdida precoz no es en sí misma patógena, y por lo tanto el vínculo entre dicha pérdida y una depresión posterior no es directo, sino que más bien se piensa que tal pérdida, así como otros sucesos, pueden desencadenar toda una serie de circunstancias adversas tales como falta de cuidados, cambios en la estructura familiar y dificultades socioeconómicas que hacen que el individuo corra el riesgo de desarrollar un trastorno posteriormente (Bifulco, Harris & Brown, 1992; Saler & Skolnick, 1992; citado en Wicks-Nelson & Allen, 1997).

Las niñas abandonadas posiblemente llegan a pensar que no tienen a nadie y que únicamente cuentan con la institución, de tal modo que logran una mejor integración y adaptación que las otras niñas, quienes han vivido en un ambiente familiar y tienen la esperanza de regresar a su medio; esta incertidumbre les provoca una mayor inestabilidad emocional obstaculizándose su desarrollo integral. Un estudio realizado por Durán (1998) muestra que niñas con institucionalización parcial presentan más baja autoestima que niñas con institucionalización total.

En algunos casos el maltrato emocional quizá tiene consecuencias más graves que cualquier otro tipo de maltrato, y si se presentan ambos, los posibles trastornos y sus

consecuencias pueden ser más difíciles de superar, mas aún si el medio ambiente no es facilitador y lo suficientemente bueno para dar el apoyo necesario al menor que ha sido maltratado.

Algunas investigaciones indican diferentes patrones de dificultades en niños que experimentaron grave maltrato emocional en comparación con aquellos que fueron abusados físicamente. En algunas circunstancias la negligencia provoca dificultades más serias que el maltrato físico (Egeland, Sroufe, & Erickson, 1983; Hoffman, Plotnik & Twentyman, 1984, citado en Emery, 1989). De acuerdo con un estudio realizado por Yamamoto y colaboradores (1999), la violencia y el maltrato físico realizados por personas significativas puede traer como consecuencia ansiedad, y el maltrato emocional puede causar un estado de ánimo depresivo.

Cualquier tipo de maltrato puede tener efectos en el funcionamiento social, emocional y cognitivo del niño. La institución trata de brindar el apoyo necesario para superar los problemas que se hayan podido presentar, así como también reorganiza y estructura el ambiente de las niñas para darles una base segura sobre la cual puedan superar sus problemas.

## CONCLUSIONES

-La institución juega un papel fundamental en la recuperación y readaptación de las niñas en situaciones de maltrato y desamparo a pesar de que no les puede brindar la misma calidad de atención y afecto que una familia. En el caso de las niñas abandonadas, se observa que la institución les ha ayudado en gran medida a estructurar su personalidad y organizar su vida.

-Sugerimos para estudios posteriores ampliar la muestra para así poder generalizar la información, y extender a otras instituciones para que los resultados no se vean sesgados por la dinámica y organización de una institución en particular.

-Los tres grupos están institucionalizados por lo que todas las niñas han sufrido separaciones importantes por haberlas “dejado” en la institución. Esta situación y el maltrato sufrido posiblemente trae como consecuencia que exista cierto nivel de depresión en todas las niñas.

-Para muchas niñas maltratadas la institucionalización viene a ser un factor más de depresión. Si las menores ven la separación como segregación o castigo, puede crecer la culpa y aumentar sus fantasías, favoreciendo la desadaptación.

-La depresión en estas niñas no depende del tipo de maltrato sufrido sino de muchos otros factores: de personalidad, historia de vida, ambiente externo, etc.

-La situación de ruptura general del ambiente familiar, que es la que desencadena el maltrato, es la responsable de las consecuencias que se detectan en estas niñas.

-La diferenciación de los tipos de maltrato no es frecuente en el caso de los factores de riesgo y tampoco en sus posibles consecuencias, éstas pueden presentar características similares entre sí, y sus síntomas podrían estar relacionados con un trastorno depresivo.

-Sugerimos comparar resultados con niñas que han sufrido algún tipo de maltrato y no estén institucionalizadas para ver las consecuencias del maltrato sin el apoyo brindado por la institución; y así poder diferenciar las secuelas del maltrato y la influencia de la institución en la depresión.

-El área más afectada de las niñas que viven en la institución es la de relaciones interpersonales, la cual afectará en gran medida sus futuras relaciones, interfiriendo en el desarrollo psíquico e integral de su personalidad.

-El nivel de depresión aumenta en relación con la edad cronológica. La preadolescencia es un periodo crítico en el que hay cambios y conflictos de desarrollo propios de esta época, si a todo esto se le añaden otro tipo de interferencias, entonces este estadio se verá más severamente afectado y el individuo tendrá mucho más dificultad para pasar a la siguiente etapa de desarrollo con una salud mental adecuada.

-El maltrato físico y el abuso sexual en la mayoría de las ocasiones son realizados dentro de la misma familia, entidad que supuestamente forma una base segura en los primeros años de vida de todo individuo y a partir de la cual se logra una estructuración de la personalidad normal o patológica. Muchos trastornos de la infancia surgen en el medio familiar, y algunos trastornos de la adultez tienen su origen en las primeras épocas del desarrollo del individuo.

-El maltrato psicológico o emocional posiblemente acompaña a cualquier tipo de maltrato, e incluso sus consecuencias en el desarrollo pueden llegar a ser más graves.

-Tratar de identificar la presencia del maltrato de tipo emocional y analizar sus posibles consecuencias.

-Los efectos de cualquier tipo de maltrato afectan el funcionamiento social, emocional, y cognitivo del niño.

-El coeficiente intelectual de las niñas que sufrieron maltrato físico es el menos favorecido puesto que no ha tenido un gran incremento desde su llegada a la institución hasta la actualidad.

-Las consecuencias del maltrato serán necesariamente diferentes en función de la edad del niño en el momento de su aparición, y de la duración y cronicidad de éstas.

-Para poder ayudar al niño maltratado es muy importante ver cómo funciona en todas las áreas de su vida y cómo le afecta la situación de maltrato, pues lo que para un niño puede ser una situación traumática, para otro puede no serlo. Es necesario tomar en cuenta las diferencias individuales, incluyendo factores constitucionales y de personalidad del individuo, fuerza yóica para superar una situación de este tipo, y madurez de la etapa de desarrollo en la que se encuentra; así como influencias del ambiente externo, intensidad, duración y frecuencia del abuso, etc.

-El CDI es un instrumento rápido y práctico, que tiene una buena confiabilidad y validez, y logra discriminar el nivel de depresión aunque no se tengan todavía tablas normativas para la población mexicana. En la Facultad de Psicología se está llevando a cabo un estudio de este tipo.

- Para un estudio más profundo sugerimos la aplicación de una batería de instrumentos para que los resultados sean más confiables, y tener un control más estricto sobre las variables.

-Este instrumento podría ser utilizado en la institución para detectar de forma rápida el nivel de depresión de la niña a su ingreso, y en ese sentido, trabajar con esta área en el departamento de psicología para que la niña se vaya adaptando más fácilmente. Debido al número de niñas de la Casa Hogar generalmente los psicólogos trabajan con grupos, en los que se podría dar una atención especializada a las niñas deprimidas.

-Cualquier tipo de maltrato conlleva a que los niños presenten diferentes síntomas, los cuales en muchas ocasiones pueden sumarse a un trastorno de tipo depresivo. Es importante

para la institución incidir en este problema de acuerdo con sus capacidades, para lograr así que las niñas a su egreso hayan adquirido la capacidad de adaptarse a la sociedad de una manera sana y productiva.

## REFERENCIAS

- Amaya de la Soledad, J. & Mercado González, M. (1994). Situación sociofamiliar del niño maltratado. En Loredó Abdalá, A. (Ed.) Maltrato al menor (pp. 113-117). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Carvajal, G. (1993). Adolecer: La aventura de una metamorfosis. Bogotá: Tiresias.
- Carbajal Rodríguez, L., Rodríguez Herrera, R. & Cota Estudillo A.R., (1994). Fenómeno de privación. En Loredó Abdalá A. (Ed.) Maltrato al menor (pp. 53-59). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Casa Saucedo, D. (1999, 3 de Mayo). NL, Primer lugar en maltrato a niños. El Universal.
- Cazorla, G., Sampeiro, R., & Chirino, I. (1992). Alto a la agresión sexual. México: Diana.
- Colin, S. (1999, 19 de Enero). Convoca diputada a alianza contra la violencia intrafamiliar. El Sol de México.
- Davidoff, L. (1984). Introducción a la Psicología. México: McGraw Hill.
- De la Garza, J. & Díaz, E. (1993). Abuso sexual de menores. Estudio de casos.
- Díaz Huertas, J.A. (1997a). El maltrato infantil en la historia. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J.A. & Martínez González, C. (Eds.) Niños maltratados (pp. 1-7). Madrid: Díaz de Santos.
- Díaz Huertas, J.A. (1997b). Concepto. Tipología. Clasificación. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J.A. & Martínez González, C. (Eds.) Niños maltratados (pp. 9-13). Madrid: Díaz de Santos.
- Díaz Huertas, J.A. (1997c). Epidemiología. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J.A. & Martínez González, C. (Eds.) Niños maltratados (pp. 15-25). Madrid: Díaz de Santos.
- Durán, R. (1998). La Autoestima en Niñas Institucionalizadas. Estudio comparativo. [Tesis de Licenciatura]. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Emery, R. (1989). Family Violence. American Psychologists. Vol.44, No. 2, 321-328.
- Esquivel, F., Heredia, C. & Lucio, E. (1999). Psicodiagnóstico Clínico del Niño. México: Manual Moderno.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child abuse. Child abuse and neglect, Vol.18, 409-417.

- Fuentes, I. (1998, 9de Agosto). Huyen del hogar por abuso sexual 32% de los menores. La Jornada.
- Gómez de Terreros, I. (1997). Etiopatogenia. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J.A. & Martínez Gonzales, C. (Eds.) Niños maltratados (pp. 27-32). Madrid: Díaz de Santos.
- Jansson, C., Romine, L., Hannon, L. & Tepper T. (1995). The Long Terms Effects of Institutionalization on the Behavior of Children From Eastern Europe and the Former Soviet Union. En red: [rainbowkids.com/europattach.html].
- Kazdin, A., Moser, J., Colbus, D. & Bell, R. (1985). Depressive Symptoms Among Physically Abused and Psychiatrically Disturbed Children. Journal of Abnormal Psychology, Vol 94, No 3, 298-307.
- Kolb, L. (1992). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. American Psychologists, vol. 44, No. 2, 209-215.
- Kovacs, M. (1992). Children Depression Inventory. New York: Multi-Health Systems.
- Johnson y Johnson, Rasbury, W. & Siegel L. (1986). Métodos de Tratamiento Infantil. trad.1992, México: Limusa.
- Lagunes L./CIMAC (1998). 25mil denuncias de maltrato a menores recibidas por el DIF en México. En red: [cimac.org/news342.htm].
- Lechner, E., (1980). La preadolescencia: Erupción de la libertad. En Desarrollo Infantil Normal, (1980). México: Asociación mexicana de Psiquiatría Infantil.
- López Sánchez, F. (1997). Abuso sexual: un problema desconocido. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J.A. & Martínez González, C. (Eds.) Niños maltratados (pp.161-167). Madrid: Díaz de Santos.
- Loredo Abdalá, A. (1994a). Introducción. En Loredo Abdalá, A. (Ed.) Maltrato al menor (pp. 1-8). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Loredo Abdalá, A. (1994b). Diversas formas de maltrato. En Loredo Abdalá, A. (Ed.) Maltrato al menor (pp. 9-10). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Loredo Abdalá, A., Reynés Manzur, J. & Muñoz Gómez, J.C, (1994a). Maltrato físico. En Loredo Abdalá, A. (Ed.) Maltrato al menor (pp. 11-40). México: Nueva Editorial Interamericana.

- Loredó Abdalá, A., Reynés Manzur, J. & Muñoz Gómez, J.C. (1994b). Abuso sexual. En Loredó Abdalá, A. (Ed.) Maltrato al menor (pp. 41-52). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Manterola Martínez, A. (1994). Situación jurídica de los niños. En Loredó Abdalá, A. (Ed.) Maltrato al menor (pp. 119-125). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Martínez González, C. & Díaz Huertas, J.A. (1997). El niño que vive en una institución. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J.A. & Martínez González, C. (Eds.) Niños Maltratados (pp. 269-277). Madrid: Díaz de Santos.
- Molina Font, J.A. & Muñoz Hoyos, A. (1997). Retraso del crecimiento no orgánico o psicosocial. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J.A. & Martínez González, C. (Eds.) Niños Maltratados. (pp. 145-159). Madrid: Díaz de Santos.
- Newman y Newman (1983). Desarrollo del Niño. México: Limusa.
- Noguero, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J.A. & Martínez González, C. (Eds.) Niños Maltratados (pp. 177-182). Madrid: Díaz de Santos.
- Ochoterena, J.P. & Martínez Roig, A. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca.
- Otero, S. (1999, 2 de Mayo). Reciben mil denuncias al año por maltrato a niños. El Universal.
- Oviedo Muro, M. (1998). Nivel de Depresión en Niños Maltratados [Tesis de Licenciatura]. UIC, México.
- Phares, E. (1996). Psicología Clínica. México: Manual Moderno.
- Polaino-Lorente, A. (1998). Las Depresiones Infantiles. Madrid: Morata.
- Ramírez Mayagoitia, M. (1996). Actividades placenteras, Locus de control y Depresión en Escolares. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Iberoamericana, México.
- Romano, P. (sintetizó) (1995). Los niños y la violencia. Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil, Vol. 4, No. 4, 40-42.
- Rosenzweig, M. (1992). Psicología Fisiológica. Madrid: McGraw Hill.
- Rudo, Z. & Powell, D. (1996). Family Violence: A review of the literature. Florida Mental Health Institute, University of South Florida. En red [<http://fmhi.usf.edu/institute/pubs/rudo-powell-violence.html>].

- Saucedo García, M.(1985). Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. En El niño al inicio de la etapa escolar. México, 1985. Subsecretaría de educación elemental, Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Concentración de Datos Estadísticos de Menores Maltratados. Enero-Diciembre 1999. En red [[www.DIF.gob.mx](http://www.DIF.gob.mx)].
- Spitz, (1965/1996). El primer año de vida del niño. México: FCE.
- Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. Child Abuse and Neglect, Vol. 21, No.10, 1015-1023.
- Wicks-Nelson, R., & Allen C. (1997). Psicopatología del Niño y del Adolescente. Trad. España: Prentice Hall.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. American Psychologist, vol.54, No. 1, 21-29.
- Yamamoto, M., Iwata, N., Tomoda, A., Tanaka, S., Fujimaki, K. & Kitamura, T. (1999). Child and physical maltreatment and adolescent psychopathology: A community study in Japan. Journal of Community Psychology, vol.27, No. 4, 377-391.

# **ANEXO**

Casa Hogar para Niñas

FECHA\_\_\_\_\_

EDAD\_\_\_\_\_años

**INSTRUCCIONES**

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

Si tienes alguna duda consulta con el aplicador.

Gracias

- 1       Estoy triste de vez en cuando.  
 Estoy triste muchas veces.  
 Estoy triste siempre.
- 2       Nunca me saldrá nada bien.  
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.  
 Las cosas me saldrán bien.
- 3       Hago bien la mayoría de las cosas.  
 Hago mal muchas cosas.  
 Todo lo hago mal.
- 4       Me divierten muchas cosas.  
 Me divierten algunas cosas.  
 Nada me divierte.
- 5       Soy malo siempre.  
 Soy malo muchas veces.  
 soy malo algunas veces.
- 6       A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.  
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles.
- 7       Me odio.  
 No me gusta como soy.  
 Me gusta como soy.
- 8       Todas las cosas malas son culpa mía.  
 Muchas cosas malas son culpa mía.  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
- 9       No pienso en matarme.  
 Pienso en matarme pero no lo haría.  
 Quiero matarme.

- 10  Tengo ganas de llorar todos los días.  
 Tengo ganas de llorar muchos días.  
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
- 11  Las cosas me preocupan siempre.  
 Las cosas me preocupan muchas veces.  
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
- 12  Me gusta estar con la gente.  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente.  
 No quiero en absoluto estar con la gente.
- 13  No puedo decidirme.  
 Me cuesta decidirme.  
 Me decido fácilmente.
- 14  Tengo buen aspecto.  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  
 Soy fea.
- 15  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- 16  Todas las noches me cuesta dormir.  
 Muchas noches me cuesta dormir.  
 Duermo bien.
- 17  Estoy cansado de cuando en cuando.  
 Estoy cansado muchos días.  
 Estoy cansado siempre.
- 18  La mayoría de los días no tengo ganas de comer.  
 Muchos días no tengo ganas de comer.  
 Como muy bien.

- 19  No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.  
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.
- 20  Nunca me siento solo.  
 Me siento solo muchas veces.  
 Me siento solo siempre.
- 21  Nunca me divierto en el colegio.  
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  
 Me divierto en el colegio muchas veces.
- 22  Tengo muchos amigos.  
 Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más.  
 No tengo amigos.
- 23  Mi trabajo en el colegio es bueno.  
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.  
 Llevo muy mal las materias que antes llevaba bien.
- 24  Nunca podré ser tan bueno como otros niños.  
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.  
 Soy tan bueno como otros niños.
- 25  Nadie me quiere.  
 No estoy seguro de que alguien me quiera.  
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
- 26  Generalmente hago lo que me dicen.  
 Muchas veces no hago lo que me dicen.  
 Nunca hago lo que me dicen.
- 27  Me llevo muy bien con la gente.  
 Me peleo muchas veces.  
 Me peleo siempre.