



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
NIÑOS DE CASA HOGAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ALEJANDRO MANUEL RODRÍGUEZ HUITRÓN

Directora: Dra. Laura Hernández Guzmán

Revisora: Dra. Elda Alicia Alva Canto

Sinodales: Dra. Georgina Cárdenas López
Mtra. Maria Cristina Heredia Ancona
Dra. Benidle García Cabrero



Facultad
de Psicología

MEXICO, D. F.

2007



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.

Dedicatoria

*A mis padres, por su ejemplo, apoyo y
cariño incondicional;*

A mis hermanos, por estar;

*A la Universidad Nacional Autónoma
de México y todo lo que implica.*

Gracias.....

A la Dra. Laura Hernández Guzmán, por su invaluable ayuda en el proceso.

Al mis colegas del laboratorio "I" esclarecedores de dudas y participes de gratos recuerdos.

A las Doctoras Georgina Cárdenas, Elda Alicia Alva Canto, Benidle García y María Cristina Ancona, por su tiempo y atinados comentarios.

A las instituciones que permitieron la realización de este proyecto.

A mis amigos cuyos nombres trascienden de esta línea y espacio.....

Índice

Introducción	1
Antecedentes	1
1-. Familia e Institución.	4
1.1 La Familia.	4
1.2.- Funciones de la familia.	8
1.2.1 Apego e importancia durante la niñez.	10
1.3.- Familia y Desarrollo del niño	12
1.4.- Institución	14
1.5.- Instituciones para el cuidado de los niños	16
1.6.- Perspectiva Familiar en el entorno Institucionalizado	18
1.7 Instituciones para el cuidado de la infancia en México.	19
1.8-. Diferencias entre Familia e Institución.	23
2-. Impacto del entorno institucionalizado en los niños.	29
2.1-. Modelos de Impacto.	30
2.2 Apego e institucionalización.	37
2.3-. Impacto cognitivo y desarrollo físico.	42
2.4-. Impacto en el desarrollo social.	46
2.5-. Impacto en el desarrollo emocional	51
3-. Ansiedad y depresión en niños	53
3.1.- Comorbilidad de Ansiedad y Depresión	56
3.2-. Ansiedad	58
3.3-. Perspectivas de la Ansiedad	60
3.4-. Trastornos de Ansiedad.	63
3.5-. La Depresión.	67
3.6-. Perspectivas de la depresión	69
3.7-. Depresión en niños	71
3.8-. Ansiedad y depresión en niños institucionalizados.	73
4-. Método:	75
5-. Resultados	82
6.- Discusión y Conclusiones	87
Referencias	95
AnexoA	105

Introducción

En la segunda mitad del siglo XX se han realizado investigaciones en las cuales se observa cómo el entorno institucionalizado puede afectar el desarrollo del niño. Al exponer la relevancia de las diferencias entre el entorno familiar y el institucional es posible explicar el impacto que el entorno institucionalizado puede tener en los menores. En los últimos años las mejoras que han tenido la institucionalización infantil han disminuido las consecuencias adversas de este entorno en el desarrollo de los niños. No obstante, parece ser que la institucionalización involucra factores que pone a los niños en mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos. Considerando que el impacto de la institucionalización, en diversas áreas del desarrollo, aporta factores para la aparición de trastornos de ansiedad y depresión, podría suponerse que los niños institucionalizados presentan niveles diferentes que los niños que se desarrollan en el entorno familiar. El presente estudio describe las diferencias entre el contexto familiar y el contexto institucional. Por último investiga sobre la proporción y nivel de trastornos de ansiedad y depresión en niños institucionalizados en comparación con niños que cuentan con un entorno familiar.

Antecedentes

En el transcurso de la historia se suscitan fenómenos incontrolables que incrementan exponencialmente el número de niños que quedan desamparados. Tal es el caso de fenómenos sociales, o naturales que impactan y sacuden a la sociedad. Entre los fenómenos sociales con más consecuencias se encuentran las guerras. Por ejemplo, la guerra de 30 años en Eritrea que dejó un aproximado de cien mil menores sin un cuidador que velara por su seguridad y bienestar. Otro eminente ejemplo de los fenómenos sociales son las disposiciones o reformas sociales, como las que se establecieron en Rumania. Con vías a incrementar la fuerza laboral el gobierno de Rumania multaba a las familias pequeñas, prohibió el control natal, e ilegalizó el aborto. Como resultado las familias que no gozaban de suficientes recursos económicos recluían a uno o a más de sus hijos en instituciones. Al finalizar este régimen político en 1989, existían alrededor de cien mil niños esparcidos en instituciones con déficit de cuidadores y mal diseño que brindaban a los niños alimentación deficiente, mínimo contacto personal, y escasa estimulación sensorial (Kaler & Freeman, 1994).

Además de estos eventos extraordinarios el desamparo de niños es una situación presente en la sociedad actual. En situaciones normales el abandono se debe primordialmente a problemas sociales y económicos que la familia enfrenta para sostener al niño (Muscat, & Spencer, 2000). Los niños en estas condiciones quedan prácticamente a merced de la estructura social en la que se desarrollan.

Los motivos por los cuales los niños llegan a una casa hogar pueden clasificarse en dos grupos, por un lado los niños que pierden a sus familiares, ya sea por muerte o abandono y, por otro lado, los niños que sí disponen de una familia, pero que ésta no es capaz de ofrecer un ambiente satisfactorio para un desarrollo sano (Muscat &

Spencer 2000). Entre los motivos del segundo grupo se encuentran factores sociales como pobreza y otros factores de riesgo como violencia familiar, maltrato físico y abuso de sustancias. Cuando el ingreso es por estos motivos, puede ser voluntario con el consentimiento de los padres o bien obligado por alguna autoridad. La población de una casa hogar generalmente está compuesta de 30 a 35 % por niños abandonados por sus padres; un 40 a un 45 % por niños retirados de sus familias debido a problemas familiares; un 20 a 25 % por niños incorporados temporalmente por problemas económicos. El menor porcentaje, un 5%, está integrado por los niños que por muerte o desaparición pierden a sus padres. Por ello, para muchos niños el vivir en instituciones representa una segunda oportunidad que no tuvieron con su familia. Sin embargo, se ha propuesto que el entorno de la institución puede presentar situaciones adversas como privaciones emocionales, cuidados médicos deficientes, nutrición pobre, rechazo, traumas psicológicos y pérdidas (Weitzman, 2003).

Desde inicios del siglo XX comenzaron a realizarse investigaciones sobre los niños institucionalizados, sin embargo se enfocaban a cuestiones médicas. Desde entonces, diversos estudios han tratado de esclarecer el impacto que tiene el entorno institucionalizado en el proceso del desarrollo (Bowlby, 1993; Goldfarb, 1945; Rutter, 1981; Rutter, et al., 1999; Spitz, 1945; Tizard & Rees, 1974; Zeanah, et al., 1993).

La mayoría de los estudios realizados se llevaron a cabo en la primera mitad del siglo XX cuando se presentaban condiciones menos favorables para el desarrollo de los menores, como higiene deplorable, malos tratos y excesiva sobre saturación. Actualmente, se procura atender lo mejor posible las necesidades de los menores institucionalizados proveyéndoles de atención médica, comida, ropa, educación y un ambiente seguro para su desarrollo.

En las últimas cinco décadas se han realizado diversos estudios con la finalidad de determinar qué impacto tiene la institucionalización en el desarrollo de los niños. En estos estudios se pretendía corroborar si las consecuencias desfavorables del entorno institucionalizado persistían a pesar de las mejoras en las condiciones en las que los infantes se desarrollaban. Estos estudios han arrojado datos contundentes de cómo la institucionalización puede llegar a afectar al desarrollo de los niños.

Si es cierto que las condiciones del entorno institucionalizado han mejorado, también es cierto que aún existen brechas considerables en la atención de las necesidades afectivas y psicológicas de los niños. Esto se debe en parte a que los cuidadores difícilmente sustituyen el cuidado específico y recíproco que se espera que la familia provea a los niños. Estas diferencias de crianza pueden impactar negativamente el desarrollo de los niños. Así mismo, las vivencias previas que haya experimentado el niño antes de su ingreso, como violencia familiar, maltrato o abandono, pueden contribuir a su inestabilidad emocional (Frank, Klass, & Perri, 2000). Estas situaciones pueden representar factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos (Cuffe, Mckeown, Addy, & Garrison, 2005; Muhamedrahimov et. al, 2004).

En específico, se ha planteado que la inestabilidad de los cuidadores, la ruptura del vínculo con los padres, la falta de reciprocidad, la ausencia de una familia y/o el maltrato y el abandono pueden conllevar a la aparición de trastornos de ansiedad y depresión (Cuffe, et al., 2005; Frank, et al., 2000; Robins, 1986; Wolff & Fesseha 2005).

1-. Familia e Institución.

En este capítulo se discutirán las diferencias fundamentales entre el entorno familiar y el institucionalizado. Para ello es necesario definir los conceptos y características de la familia y de la institución.

1.1 La Familia.

A diferencia de otras especies el Hombre requiere de un período considerablemente más extenso para adquirir las habilidades que le permitan subsistir en su medio. Sin saber cómo comunicarse eficientemente, cómo desplazarse o siquiera cómo obtener su alimento, el recién nacido queda expuesto a un sin fin de factores que amenazan su existencia. Son los individuos más experimentados de la misma especie quienes acogen a la criatura procurándola hasta que pueda valerse por sí misma.

El ser humano, como ser activo de una sociedad, requiere aprender ciertas pautas de comportamiento que le permitan involucrarse de manera natural al complejo de relaciones y funciones propias de la posición o posiciones que desempeñe. El participar en diversos grupos le permitirá satisfacer necesidades biológicas, psicológicas, y sociales. Entre estos grupos, la familia es el primer y principal foco de impacto que ejerce la cultura ambiental sobre la formación del ser humano.

Desde tiempos arcaicos la familia ha sido el principal grupo en donde el infante aprende a desarrollar habilidades indispensables para su subsistencia. El término “familia” tiene múltiples sentidos o diferentes perspectivas bajo las cuales es posible definirla. Aparentemente todos creemos saber lo que es la familia, creamos así alguna definición derivada de lo que experimentamos o nos hubiera gustado experimentar como vida familiar. A este tipo de definición se le denomina de sentido común y está vinculada a normas de carácter cultural. Por otro lado, están las definiciones técnicas, las cuales son consensuadas para lograr una medición exacta de los fenómenos. Algunos ejemplos de ejemplos de estas definiciones son:

1. Desde el punto de vista de la teoría ecológica la familia es un microsistema interactivo que se encuentra inmerso en sistemas más amplios (Bronfenbrenner, 1979). Como un grupo primario constituido por personas relacionadas entre sí sobre una base de los lazos de parentesco y de la vivienda en común. La familia difiere de otros grupos sociales en cuanto a la duración y la intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes.
2. “Designación para un grupo social constituido por personas vinculadas por la sangre, el matrimonio o la adopción, caracterizado por una residencia común, cooperación económica reproducción y cuidado de la descendencia” (Giner, 1998).
3. “Grupo primario formado por padre(s) e hijo(s) y, eventualmente otros parientes unidos entre sí por lazos múltiples y variados que se apoyan y ayudan de manera recíproca y que cumplen diversas funciones en beneficio mutuo y de la sociedad” (Ribeiro, 2000).
4. “Grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio [o su equivalente], de la sangre o de la adopción, que constituyen un hogar [o varios vinculados entre sí] y que se comunican e interactúan en sus papeles sociales de marido y mujer, madre y padre, hijo e hija, hermano y hermana [u otra relación próxima de parentesco y afinidad] y que crean y mantienen una cultura común” (Burgess & Locke, 1953).

Así bien, existen definiciones de familia que suele utilizar el Estado, en sus políticas y programas sociales. En México, de acuerdo con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la familia se define como: “una comunidad

de personas relacionadas a través de lazos conyugales, filiales, fraternales o parentales, con funciones naturales y sociales orientadas hacia el desarrollo integral de sus miembros y el bien común de la sociedad. La familia como comunidad no puede ser entendida como la simple suma de sus integrantes vinculados por la reproducción de la especie y por el cumplimiento de funciones sociales, sino que la familia es el lugar o el ámbito propio del ser humano: en ella, se modela la personalidad y se observa con profundidad y sin miramientos, la relevante dignidad que cada individuo posee en virtud de su ser personal” (DIF 2006).

De la gama de posibilidades que ofrecen estas definiciones es posible plantear una clasificación de acuerdo a las características de cada familia, que si bien no excluye la posibilidad de alguna excepción, sí abarca los tipos de familia más comunes. De esta manera la clasificación de las familias pueden basarse en:

- a) Las reglas de residencia: patrilocal, cuando la pareja casada establece su residencia con los padres del marido; matrilocal o neolocal.
- b) El número de esposos: monogamia, cuando la unión es de un solo marido y una sola esposa; poligamia, en sus modalidades de poliginia y poliandria, cuando un cónyuge se une con dos o más del otro sexo.
- c) Las relaciones de poder: Patriarcal, cuando el marido es el dominante; matriarcal si lo es la esposa; e igualitaria.
- d) La modalidad de composición grupal en el hogar: Las nucleares, compuestas de esposa e hijos no unidos maritalmente.
- e) La extensión: La familia conjunta, constituida por dos o más parientes por línea directa y del mismo sexo, junto con sus cónyuges y descendientes, que comparten la misma vivienda y están sujetos a una misma autoridad. Extensa propiamente dicha, cuando la familia conjunta vive dispersa aunque suelen residir próximos y realizar actividades económicas comunes.

La mayoría de estas definiciones o criterios tienen la finalidad de delimitar o diferenciar a la familia con respecto a otros grupos sociales. De este modo, las definiciones presentan características que permiten en gran medida un espectro flexible de lo que se puede entender por familia. Sin embargo, la diversidad, el ritmo y las posibilidades de la vida actual ofrecen nuevas posibilidades de lo que se conoce como familia. Por ejemplo, la relativa facilidad de la movilidad de las personas propicia que una familia no cohabite el mismo techo o bien que la intensidad de los vínculos no sea tan estrecha o duradera. De este modo, el concepto de familia puede expresarse como un grupo social cambiante que varía en función de lo que la sociedad requiera. Por ello, para evitar ambigüedades, es preciso aterrizar el concepto exponiendo las funciones básicas de este grupo social.

1.2.- Funciones de la familia.

Independientemente de las características de las familias, es en este grupo en donde se espera que los nuevos integrantes de la sociedad aprendan a embonar en la cotidianidad de la vida social. Visto de esta manera, la tarea primordial de la familia, como célula de la sociedad, es asegurar que los miembros logren integrarse a la cultura para que se adapten a otros subsistemas sociales, y así se logren los objetivos para los cuales está enfocada la sociedad. La familia también se encarga de satisfacer las necesidades físicas, emocionales y de protección que el niño necesita para un desarrollo sano. De este modo, familia no significa exclusivamente agrupación de personas, sino una unión complementaria, rica en vínculos afectivos de tipo conyugal, filial, fraternal, parental, de distinto tipo y en diversas direcciones, que no puede ser equiparada ni sustituida por ninguna instancia o institución (DIF 2006). La intimidad de la persona, dentro de la familia se vive y se expresa de manera cotidiana, lo cual permite su formación y desarrollo.

La afirmación de que la familia es la célula social básica, nos hace vislumbrar que cualquier malestar al interior del cuerpo social está directamente vinculado con la salud y organización de cada una de las familias. De la misma manera el desarrollo social y el crecimiento económico están relacionados con el desarrollo integral de la familia. Por este motivo la familia es un microcosmos que actúa en referencia a la sociedad. Confiándose en una relación recíproca en donde la familia necesita de la sociedad y el gobierno, y la sociedad y el gobierno necesitan de la familia.

La familia no siempre mantiene una estructura fija, ya que con el paso del tiempo puede aumentar o disminuir el número de integrantes. La familia puede constituirse por un matrimonio sin hijos, un solo progenitor y sus hijos, niños cuidados por otros parientes que no sean sus padres, o incluso solo hermanos. A lo largo del tiempo la familia ha persistido con diversas modificaciones. Entre estas, destacan: la reducción del tamaño de la unidad familiar; el descenso y retraso de la nupcialidad; los aumentos de la maternidad precoz; de las uniones consensuales; de las rupturas conyugales; de los hogares monoparentales, unipersonales y de las familias reconstituidas, así como una mayor participación de la mujer en el mercado laboral.

Desde el punto de vista del materialismo cultural, se establece una sólida relación entre la producción de bienes en un entorno económico determinado, y el ritmo y los hábitos de reproducción familiar. Por ejemplo, en la edad media la necesidad de mano de obra, tanto en los campos agrícolas como en campos bélicos, exigía una mayor tasa de natalidad. De acuerdo con esta postura tener o no tener hijos, su número, e incluso, la actitud a tomar ante ellos parecen estar determinados por el equilibrio costo-beneficio. Desde este mismo enfoque, las condiciones materiales de vida pueden determinar no sólo las pautas de reproducción, sino también los mismos estilos de crianza (Arranz, 2004). El que la familia deje de ser una unidad productiva

tiene como consecuencia inmediata el descenso del número de hijos que se conciben. Esto se debe a que desde el equilibrio costo/beneficio, tener hijos no es rentable, en la medida en que conlleva mucho más costos, que los beneficios que produce. Así bien la familia ya no es una fuente de producción de bienes económicos en sí misma, sino que ha pasado a ser una unidad de consumo. Desde la postura economista de Becker (1987), muchos de los cambios que se han suscitado en la familia corresponden a procesos de ajuste que permiten ir a la par con los sistemas económicos de la sociedad actual. Las modificaciones que la familia ha encarado repercuten directamente en cada uno de sus miembros. Así bien el papel o visión que se tiene de los niños en la sociedad ha influido seriamente en el orden y estructura de la familia. Como resultado en las sociedad moderna, las familias nucleares tienden a ser más afectuosas y compactas que en las tradicionales (Becker, 1987).

Independientemente de estos cambios, la finalidad de la familia parece inmutable, siendo su objetivo cuidar e instruir a los integrantes menos experimentados, tanto en aspectos generales como en cuestiones más especializadas (Arranz, 2004). Desde los egipcios hasta los chinos, romanos, y aztecas la familia ha fungido como un sistema que permite cultivar o preparar nuevas generaciones. De esta manera, la familia puede verse como una vía para la preparación y en otras culturas como sistema de orden social en donde las relaciones familiares implican jerarquía. Con el fin de satisfacer este propósito es necesario que exista y se propicie una estrecha relación entre el neonato y sus cuidadores.

1.2.1 Apego e importancia durante la niñez.

¿Qué es el apego?

Se conoce como apego al lazo, vínculo o relación de amor y afecto duradera entre un bebé y su cuidador, generalmente sus padres (Hernández-Guzmán, 1999). De acuerdo a Bowlby (1989), el lazo madre/hijo es un elemento imprescindible para la

supervivencia del ser humano. Bowlby resalta la importancia de un cuidador estable que procure apoyo emocional y físico, como un requisito para el desarrollo sano de humanos y otros animales (Stevens & Price, 1996). Estudios con otras especies han subrayado que la necesidad de cuidados recíprocos, intensivos e individualizados no es sólo un factor cultural, sino también el reflejo de una necesidad biológica (Kuhn, Pauk, & Schanberg, 1990). Se ha demostrado que la privación de contacto con adultos en ratas y monos durante los primeros años, da como resultado deficiencias en la interacción con los pares, comportamiento sexual inadecuado y respuestas parcas ante los estímulos novedosos (Harlow, Dodsworth, & Harlow, 1965; Kuhn, Pauk, & Schanberg, 1990). Se ha encontrado desenlaces similares en seres humanos (Field, 1995). Harlow y colaboradores (1965) han considerado al apego como un mecanismo primario, como lo es la libido y la agresión. Observó que la ausencia de un cuidador en un grupo de monos se relaciona con el desarrollo de conductas autistas como retraimiento, auto estimulación y auto flagelación. Años atrás en 1935 Lorenz describió que algunos animales, como los gansos, precisan de su madre y, en caso de no encontrarla, la substituyen por otra figura.

Se ha propuesto que el infante busca la cercanía física del cuidador ya que promueve protección y atención de sus necesidades (Bowlby, 1989). En respuesta a esta conducta la atención y los cuidados de los padres fomentan las conductas de comer y de socializar. De este modo, se ha propuesto que el infante interactúa con el cuidador en forma activa, lo que promueve el apego (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Esta interacción se fomenta mediante conductas que soliciten la atención del cuidador, tales como sonrisas, balbuceos y llanto. Podría concluirse que el lazo se establece, en cierta medida, por la capacidad del menor para solicitar atención del cuidador, y acortar la distancia.

Se han descrito tres tipos básicos de apego. Por un lado, se encuentra el apego seguro en el cual el cuidador representa para el niño una base o lugar seguro para regular la ansiedad o el estrés cuando se enfrenta a situaciones u objetos estresores. De acuerdo con Bowlby, cuando el apego es seguro el niño puede lidiar mejor con la ansiedad que le provocan las exigencias del medio. Se dice que este lazo o vínculo no sólo persiste durante la infancia, sino que también presupone los modelos de interacción social que se suscitan a lo largo de la vida (Wilson, 2001). Sin embargo, conforme el niño va creciendo se espera que comience a separarse de los cuidadores. Con el fin de asimilar mejor este proceso recurre a objetos imaginarios o reales que le permitan sentirse seguro en su ambiente. El niño que logra mantener una relación segura con su cuidador será lo suficientemente confiado para separarse de éste y explorar el ambiente próximo reduciendo la ansiedad de exponerse a situaciones novedosas (Winnicott, 1965).

Por otro lado, el apego inseguro-evitativo se refiere a la incapacidad del niño para recurrir a su cuidador como fuente de confort para regular sensaciones negativas, estos niños tienden a evitar o ignorar al cuidador. Por último, el patrón de apego ambivalente se caracteriza por intentos inconsistentes y ambivalentes para recurrir al cuidador en caso de estrés.

De esta manera los niños que logran desarrollar una relación sensible y responsiva logran establecer un vínculo de apego seguro. Los niños separados de sus padres son menos propensos a desarrollar apego seguro que aquellos criados por sus padres (Hortacsu, Cesur, & Oral, 1993). En contraste, cuando la relación se deteriora puede generar relaciones de rechazo y/o ansiedad. De acuerdo con la teoría del apego, estos patrones tienen efectos sobre las relaciones futuras o bien en el auto concepto del niño. No obstante, las experiencias posteriores parecen modificar el tipo de apego inicial (Rutter, 1988).

1.3.- Familia y Desarrollo del niño

En consecuencia a la estrecha relación que la familia tiene con el individuo no es de extrañarse que las características de la misma repercutan en el desarrollo de sus integrantes. De esta manera, la familia, como una unidad biopsicosocial, tiene mucho que ver en el logro de la salud de cada uno de sus componentes y la del grupo como tal. Es importante destacar que salud no se refiere exclusivamente a la salud física, sino a la salud integral. De acuerdo a la Organización Mundial de Salud el concepto de salud abarca calidad, armonía y “normalidad” en lo social, lo biológico, lo psicológico y lo espiritual.

El grado en que la familia impacta el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño se ha estudiado de dos formas. La primera es la ecológico-interactiva, la cual involucra mediciones globales del contexto como el nivel socioeconómico, académico o cultural. La segunda es la microsistémica interactiva, en la cual el análisis se centra en las variables que son exclusivamente interactivas entre los miembros del sistema familiar (Arranz, 2004). Ambos enfoques concuerdan en que una estructura familiar inexistente o inadecuada puede representar un factor de riesgo que anuncia el desarrollo de trastornos emocionales (Cuffe, Mckeown, Addy, & Garrison, 2005). La familia y las variables sociales parecen jugar un papel importante en el incremento del riesgo para el desarrollo o deterioro de trastornos psicológicos. De igual forma se ha asociado el funcionamiento de la familia con el desarrollo emocional del niño. En un estudio con 192 familias y 453 niños, se observó que los niños en familias con un solo cuidador son más propensos a presentar problemas que los niños en familias con ambos padres (O'Connor, et al., 2000). Al respecto opinan algunos autores que la calidad del clima emocional familiar parece ser más importante que la misma estructura familiar (Cuffe, Mckeown, Addy, & Garrison, 2005). De este modo, si la familia no dispone de

una estructura, organización o clima emocional adecuado, puede suscitarse daños considerables para el desarrollo de los integrantes. Un ambiente familiar cargado de conflictos interpersonales provoca déficit en el desarrollo emocional y genera distintos niveles de depresión y trastornos de ansiedad (Hansen, et al., 1998), especialmente si los padres sufren de ansiedad y/o depresión y si se producen conflictos y discordias en forma sostenida. Las experiencias familiares negativas pueden influir en la autopercepción del niño, en su capacidad de control emocional y conductual, y estas cogniciones pueden contribuir a que se desarrolle y mantenga la ansiedad (King, Mietz & Ollendick, 1995).

El funcionamiento o dinámica y la estructura familiar son factores que repercuten no sólo en el bienestar de los niños, sino que también en el bienestar de los demás integrantes. Por un lado, la exposición a conflictos y agresividad en la familia se ha vinculado con el aumento de síntomas interiorizados en el niño (Fergusson, et al., 1995). Por otra parte, se ha encontrado que una baja cohesión familiar se relaciona con el trastorno de depresión en los adultos (Kendler et al., 2002). Así mismo, se han propuesto relaciones significativas entre la genética del individuo, el funcionamiento familiar y la presencia de índices más altos de psicopatología. De acuerdo con Rice y colaboradores (2006), las consecuencias del conflicto familiar corresponden con el aumento de sintomatología de trastorno de depresión en niños y adolescentes con predisposición genética a la depresión. Así bien, algunos autores han propuesto que la genética influye sobre el mismo conflicto familiar (Plomin, et al., 1994). Está determinado por la genética o no, la exposición al conflicto familiar durante la niñez se ha vinculado con un aumento de riesgo para los problemas emocionales en los niños, entre ellos la depresión (Kendler, et al., 2002).

Al describir la relevancia de la familia se comprende mejor la importancia que este grupo representa para el desarrollo de sus integrantes. Cuando no se dispone de una familia o bien, ésta no es funcional se pone en riesgo la salud de los integrantes.

Existen instituciones dedicadas a cuidar y cubrir las necesidades de la población que se encuentre en esta situación. Este tipo de instituciones representan un considerable auxiliar para la protección de población en riesgo, como menores desamparados, personas de tercera edad, o personas con adicciones entre otras.

1.4.- Institución

Una institución como tal conforma un ámbito de la vida social en donde se imponen horarios, normas de trabajo, procedimientos de comunicación y de decisión, estatutos, roles y otras actividades recreativas, económicas, o culturales. La institución absorbe gran parte del tiempo y del interés de sus miembros, por tanto proporciona en cierto modo, un mundo propio y ajeno al externo.

Las instituciones por definición presentan regímenes o estructuras que determinan el tipo de relación entre los integrantes. Éstas pueden variar de acuerdo al propósito y/o al tipo de individuos que la integren. De acuerdo a este criterio, Goffman (1962) describe cinco tipos de instituciones:

- Instituciones establecidas para cuidar personas incapaces e inofensivas.
- Instituciones establecidas para cuidar persona incapaces y de amenaza involuntaria.
- Para proteger a la comunidad de lo que para ella constituye un peligro.
- Para cumplir una tarea y fin laboral.
- Instituciones para refugiados del mundo.

De acuerdo con el tipo de institución, se observarán en distinto grado determinadas características. Goffman (1962) menciona las características de la institucionalización totalitaria:

- Establece barreras que impidan el intercambio social con el mundo exterior.
- Es un tanto difícil abandonar la institución.
- Una misma autoridad coordina muchos aspectos de la vida en la institución.
- De alguna manera, los internos se ven obligados a vivir con sus compañeros de cuarto.
- Las autoridades coordinan cada una de las actividades de los internos.
- Con proporción cuidadores/internos excede el segundo grupo.
- Los internos tienen contacto restringido con el mundo exterior, mientras que el personal es parte de la sociedad externa.

1.5.- Instituciones para el cuidado de los niños

Las instituciones para el cuidado de los niños forman parte de las establecidas para cuidar personas, vulnerables, incapaces o inofensivas. El concepto para describir el servicio o atención a esta población ha experimentado tres momentos históricos fundamentales: la caridad, la beneficencia y la asistencia social. Primero como caridad, en la antigüedad los huérfanos o los “niños de nadie” eran acogidos por la amabilidad y bondad de otras personas e integrados a familias, monasterios o a familias de parientes. Posteriormente entre el siglo XIII y el siglo XIV los niños de “nadie” por beneficencia eran remitidos a hospitales o bien determinados a centros para cuidarlos. No obstante, debido a las condiciones pobres de cuidado, la mortalidad era muy elevada. Finalmente, este tipo de acciones se catalogó como asistencia social, propiciando la formación de centros y organizaciones dedicados al cuidado y protección de esta población.

En lo referente a la asistencia social se integran las acciones encaminadas a proteger a grupos que, por razones sociales y/o físicas, representan población vulnerable a más factores de riesgo, como los niños que no disponen de una familia que los cuide,

procure y proteja. Las instituciones que acogen a menores desamparados tienen la finalidad de brindar protección y cuidados hasta el momento que puedan resolver por ellos mismos sus necesidades. Por consiguiente, este tipo de instituciones tienen como objetivo el bienestar de los menores.

Una de las primeras instituciones para el cuidado infantil se estableció en Alemania en 1695, seguida por la primera casa para niños en Estados Unidos (Muscat & Spencer, 2000). A partir de este momento se comenzó a hacer común el surgimiento de centros o instituciones enfocadas al cuidado de los menores desamparados. Años más tarde en la proclamación de los derechos del niño de Ginebra de 1968, se establece como ley y obligación que el huérfano y el abandonado tengan el derecho de ser acogidos. Se cita de la siguiente manera, “El niño deberá recibir en tiempo oportuno, por el descubrimiento y desarrollo de sus aptitudes personales una Institución correspondiente a sus posibilidades de manera que llegue a ser miembro responsable de la sociedad.” De esta manera, no sólo se vela por el bienestar del niño huérfano o abandonado, sino por todo aquél que se encuentre en situaciones desfavorables para su adecuado y feliz desarrollo.

Las instituciones de asistencia social para menores, como las casas hogar, presentan muchas de las características mencionadas. En el caso de las instituciones totales la mayoría de los aspectos de la vida del niño se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad y grupo de trabajadores. Los niños que viven en este tipo de institución tienen contactos limitados con el mundo exterior, lo que no es el caso del personal, al terminar su jornada laboral se reincorpora a la vida en sociedad. No obstante, no todas las instituciones para menores representan áreas restringidas o totales, existen también instituciones, abiertas y semiabiertas. Esta clasificación se deriva del grado de actividades que se realizan dentro y fuera de las inmediaciones de la institución. Las ventajas de una institución abierta o semiabierta sobre la totalitaria

es el hecho de que el menor cambia su cognición de interno, que puede significar encierro y represión (Sloutsky, 1997). Actualmente, se promueve y enfatiza la importancia de que las instituciones sean espacios semiabiertos, lo que permite el intercambio social de los niños con el exterior.

Bajo estos preceptos la sociedad ha hecho esfuerzos por proveer atención y cuidados a los niños que por razones culturales, políticas, sociales y/o económicas quedan desamparados y/o desprotegidos sin un cuidador que vele por su bienestar. Muchos de los niños que quedan desamparados o que no cuentan con los medios necesarios para su sano desarrollo, son acogidos por instituciones. Es en estos sitios en donde se procura brindar a estos niños las condiciones necesarias para que se desarrollen adecuadamente, hasta que tengan las habilidades necesarias para valerse por ellos mismos.

1.6.- Perspectiva Familiar en el entorno Institucionalizado

En un inicio el cuidado de los niños en las instituciones se enfocaba básicamente en satisfacer las necesidades primarias de, casa, vestido y alimento. A lo largo del tiempo, ha implementado cuidados no sólo para el bienestar físico, sino también para el desarrollo social y emocional. Por este motivo el enfoque tradicional de muchas instituciones se ha ido inclinando por la tendencia de brindar cuidados similares a los que se reciben en el seno familiar. De esta manera, se ha convenido que el objetivo ideal con el cual debería de operar cualquier institución de asistencia infantil sea: que el niño se capacite técnicamente, al adquirir las habilidades, conocimientos y experiencias de la vida diaria que le permitan lograr autosuficiencia económica, social, psicológica y moral al momento de su egreso.

En la década de los años 50, se realizaron reformas en las instituciones destinadas a cuidar a niños desamparados. Entre estas reformas se propuso aumentar el número de cuidadores destinados a cada grupo de niños (Frank & Klass, 1996). Las mejoras en el cuidado de los niños institucionalizados propiciaron beneficios en el desarrollo de los niños. Estos implementos o modificaciones en el entorno institucional se enfocaron a brindar a los niños un ambiente más parecido al familiar.

La perspectiva familiar en las instituciones se enfoca en el aumento de cuidadores, la clasificación de niños por grupos de edad, las actividades individualizadas, el trabajo en equipo del personal y evitar la rotación del personal. Básicamente, esta perspectiva brinda un mejor ambiente social, aunado a la inclusión de cuidado profesional sobre áreas del desarrollo. Estas medidas han ayudado a que el niño se desarrolle en un ambiente con más atenciones individualizadas, lo que propicia el aumento de contactos entre los niños y cuidadores. Este enfoque no sólo ha demostrado que reduce algunos de los efectos adversos de un entorno institucionalizado en el niño, sino que también reduce el nivel de ansiedad y depresión en el personal (Muhamedrahimov, et al., 2004). Al respecto, algunos cuidadores comentaron que se puede trabajar mejor cuando el número de niños es menor, si no se transfiere a los niños a partir de cierta edad, y si se les brinda mayor libertad de acción (Muhamedrahimov, et al., 2004). No obstante, a pesar de las contundentes mejoras que se han implementado en la crianza institucionalizada, aún existen vertientes que pueden impactar de forma negativa el desarrollo de estos niños.

1.7 Instituciones para el cuidado de la infancia en México.

En México las actividades encaminadas a proteger a los niños que así lo requieran se denominan asistencia social. Existen más de 6 mil organizaciones dedicadas a la asistencia social y cientos de instituciones de asistencia privada, así como decenas de

fundaciones y empresas comprometidas con esta gran responsabilidad. Con el fin de que realmente se brinde el apoyo y la atención adecuada existen leyes o fundamentos que encuadran el marco de acción de éstas organizaciones.

En México la Ley de Asistencia Social de México, promulgada en 1986 y consecutivamente en 2004, crea una estructura de asistencia social que especifica claramente la población objetivo y las atribuciones y obligaciones por parte del Estado y la sociedad al respecto. Dicha ley, concibe a la Asistencia Social como, el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Con base en el artículo 4° de esta ley, son sujetos de asistencia todas las niñas, niños (hasta los 12 años incompletos) y adolescentes (entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos), en especial, aquéllos que se encuentran en situación de riesgo o afectados por desnutrición, deficiencias en su estado físico o mental o cuando éste sea afectado por condiciones familiares adversas como maltrato o abuso, abandono, ausencia o irresponsabilidad de progenitores en el cumplimiento o garantía de sus derechos; ser víctima de cualquier tipo de explotación, vivir en la calle, ser víctima del tráfico de personas, la pornografía o el comercio sexual; trabajar en condiciones que afecten su desarrollo e integridad física y mental; infractores o víctimas del delito; ser hijos de padres que padezcan enfermedades terminales o en condiciones de extrema pobreza; ser emigrantes y repatriados y ser víctimas de conflictos armados y de persecución étnica o religiosa. Con base a lo anterior se entiende que la vulnerabilidad es una condición de riesgo que padece el niño, resultado de la acumulación de desventajas sociales, de manera que esa situación impide que ellos mismos superen

esas condiciones y queden limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo.

Existe pues un gran reto derivado del número de niños que requieren de asistencia social. Conforme al artículo 53, fracción III de la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, las instituciones de asistencia privada, a través de sus patronos, están obligadas a "Guardar y hacer que se guarde el orden en los establecimientos dependientes de las instituciones y vigilar que no se contravengan los reglamentos sanitarios y de policía. Siendo por lo tanto, una obligación legal de los administradores de las referidas instituciones, de una función asistencial predominantemente prestada a niños y adolescentes."

Teniendo en cuenta que la familia funcional es el mejor lugar para que se desarrollen los niños, los esfuerzos por cuidar a la infancia se han encaminado al buen funcionamiento de la familia. Brindarle al niño desamparado una familia funcional lo coloca en una situación ventajosa en donde no requiere de asistencia social. Por esta razón, en el contexto nacional la Ley de Asistencia Social dispone, como una de las principales responsabilidades del gobierno, la atención a las familias, sobretodo a aquéllas que requieren de servicios especializados para su protección y su plena integración al desarrollo (DIF, 2006).

En México la institución oficial encargada del bienestar de la familia es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). El DIF Nacional es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por decreto el 13 de enero de 1977, como resultado de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) con el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN). De acuerdo con el artículo 5 de la Ley de Asistencia Social de 2004, le corresponde proporcionar "servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral

de la familia, entendida como la célula de la sociedad que provee a sus miembros de elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo, y también al apoyo de su formación y subsistencia a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma”.

El Sistema Nacional DIF es la principal institución asistencial con mayor presencia en el territorio nacional encargada de la atención de los niños desamparados. Las acciones del DIF y la nueva visión de la asistencia social del gobierno sitúan a la familia como el eje de sus estrategias. La misión de esta organización es conducir las políticas públicas de asistencia social que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, para combatir las causas y efectos de la vulnerabilidad en coordinación con los sistemas DIF estatales y municipales e instituciones públicas y privadas, con el fin de generar capital social. Los principales objetivos del DIF son la prevención, la corresponsabilidad y la profesionalización de los servicios asistenciales. El objetivo de dichas estrategias es disminuir cada vez más la asistencia y vulnerabilidad procurando el fortalecimiento de la familia.

De acuerdo con el Congreso de 1985 celebrado por el DIF se estableció que en cualquier institución de asistencia infantil debe de haber un clima de aceptación y afecto, en donde los niños puedan adquirir confianza en ellos mismos y en los demás, autoestima, conciencia de ellos mismos y de los demás. Se expone además que es posible lograr estos objetivos cuando se atiende al niño en forma organizada y armónica, para que no se desintegre o desoriente. Se aconseja, que las instituciones para el cuidado infantil se manejen de una forma semiabierta. De este modo, los residentes tienen la posibilidad de salir de la casa a realizar actividades cotidianas como la formación académica (ir a la escuela) y actividades recreativas, como ir al cine o salir de vacaciones.

En México, la institución que provee asistencia social al los niños de 6 a 12 años se le conoce como: casa hogar. Básicamente, hay tres tipos de casa hogar, 1) para niños con capacidades mentales y físicas normales, 2) para niños con capacidades físicas especiales, 3) para niños sin problemas físicos o mentales graves. Entre los programas del DIF enfocados a proteger y promover el bienestar de los menores se encuentran: Promoción de los Derechos de la Niñez, Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC) y Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI), Atención a la Salud del Niño, Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, Prevención y Riesgos Psicosociales, Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal, Atención a Menores Migrantes y Fronterizos, Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil (ESCI), Atención de las Niñas, Niños y Jóvenes en Situación de Calle: “De la Calle a la Vida”, Desayunos Escolares, Atención a Menores de 5 años en riesgo, no escolarizados.

Sea privada o pública cada institución debe contar con un reglamento interno claro, definido y preciso con los derechos y obligaciones de sus miembros; un horario de las actividades por realizar durante el día; procurar que los niños tengan un desarrollo adecuado en lo físico e intelectual que los conduzca por senderos de progreso y bienestar; y normas de conducta justas que propicien un ambiente de paz, orden y seguridad. Desafortunadamente, la carencia de datos y publicaciones, así como la falta de comunicación interinstitucional incita que cada institución experimente y determine su propio sistema educativo y formativo, desperdiciando esfuerzo, equipo humano y lo más importante, descuidando el bienestar de los menores.

A pesar de las consideraciones que se toman para procurar un entorno familiar a los niños institucionalizados existen importantes diferencias entre la familia y la institución. Diferencias que podrían llegar a mermar o afectar el sano desarrollo de los niños.

1.8- Diferencias entre Familia e Institución.

Una vez revisadas las características de la familia y la Institución es posible percatarse que existen ciertas similitudes, pero también diferencias intrínsecas. Debido a la función y elementos por los cuales se conforman podemos decir que la familia y la institución representan sistemas de interacción social. En este caso por sistema se entiende cualquier entidad abstracta o concreta, constituida por partes interdependientes. Lo que se refiere a interacción social se entiende como la presentación de los elementos que integran al sistema por la actividad del hombre y para el hombre.

La familia, vista desde el enfoque sistémico, es un sistema abierto y una entidad dinámica que está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. Es decir, recibe y envía información desde y hacia el medio extrafamiliar o, bien, recibe presión del exterior originada por los requerimientos que le demanda el contexto socio-histórico para acomodarse a las instituciones sociales. Al mismo tiempo, se encuentra sometida a presión interna provocada por la evolución de sus propios miembros y subsistemas. Por ello, como se mencionó anteriormente, la familia como grupo siempre ha sufrido cambios que guardan cierta correspondencia con las modificaciones que suceden en la sociedad a la que pertenece y de la cual forma parte. Sus funciones, en lo interno, son la protección psicosocial de sus miembros y, en lo externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura (Minuchin, 1994).

En lo que respecta a la institución es posible percatarse que dispone, si no de todos, de muchos de los aspectos que involucrados en una familia como sistema. No obstante, es atinado aclarar que aunque compartan similitudes como sistemas de interacción social, presenta diferencias de tipo cualitativo. En cuanto a la globalidad y

organización de los sistemas, la familia es un sistema abierto de complejos, integrado en su conjunto, con patrones organizados de interacción. La familia como sistema abierto es un espacio en donde cada uno de los integrantes participa en distintas actividades en otros contextos. En estas actividades cada elemento desempeña un rol distinto de acuerdo al contexto en el que se encuentre. En el ambiente familiar se observa que los cuidadores combinan los roles de proveer, limpiar, y cocinar entre otros, y pueden recibir ayuda de los niños. En contraste, el personal de la institución desempeña roles actividades laborales claramente definidas (Sloutsky, 1997). Por otra parte, la organización es un factor presente, tanto en la familia como en la institución, sin embargo en la institución es más definida, rígida y establecida por las autoridades.

Independientemente de que sea abierto o cerrado, el entorno de los niños institucionalizados se caracteriza por cierto grado de aislamiento social, escasa exposición a diversa interacción social, a diversas respuestas humanas, falta de lazos emocionales fuertes con adultos y pares, y falta de autoridades adultas disponibles. El ambiente social empobrecido y la intermitencia de los cuidadores conlleva a la exposición del niño a un déficit de reciprocidad (Muhamedrahimov, et al., 2004). De acuerdo a Sloutsky (1997), estas condiciones resultan perjudiciales para el desarrollo cognitivo, de habilidades sociales, entendimiento de las emociones de los demás e independencia de los adultos. Se ha observado que muchas veces el entorno institucionalizado no permite en los niños la flexibilidad y reciprocidad de una interacción con los cuidadores, requerimiento esencial para un desarrollo emocional adecuado (Frank, Klass, & Perri, 1996). Algunos de los elementos adversos que se suman a esta condición son la escasa responsabilidad e interés de los cuidadores hacia los niños (Rutter, 1984).

En cada sistema existe una relación o engranaje entre los elementos, de esta forma, se dice que los elementos de un sistema presentan interdependencia. En la familia, la

movilidad de los integrantes altera la continuidad del sistema. En cambio en la institución es común la movilidad de los elementos sin que ésta altere su continuidad o funcionamiento. Así mismo, en familia, la dependencia de los elementos hace únicos a los integrantes, mientras que en la institución la posibilidad de sustituir a cualquiera de los integrantes es más viable y necesaria, condiciones que incrementan la sustitución de los integrantes.

La relación o interdependencia de los elementos que se suscita en la familia y en las instituciones presenta coherencia y continuidad. Coherencia a través de los contextos y estabilidad a través de las transformaciones. De esta manera, los individuos aprenden o representan sus relaciones de acuerdo a las experiencias propias. Sin embargo, en la familia la coherencia del sistema interno del individuo sobre las relaciones permite predecir respuestas en situaciones nuevas (continuidad), mientras que en la institución a veces se llevan a cabo decisiones un tanto inesperadas para los integrantes.

Para que un sistema pueda permanecer relativamente estable es necesario que disponga de determinada flexibilidad para el cambio. Por ello, la familia es una estructura cambiante que se autorregula, sin embargo los patrones de interacción familiar son estables, si permiten solucionar las exigencias que se le plantean a la familia. La institución también es un sistema cambiante no obstante sus cambios son más de origen administrativo. Los cambios que se manifiestan en la institución se enfocan sobre el bien del sistema mismo, mientras que en la familia a veces se enfoca en el bienestar de un solo elemento.

Por otra parte, la institución y la familia están compuestas por subsistemas o subgrupos. Por subsistema se suele entender el grupo de padres, abuelos, hermanos o en caso de la institución compañeros de cuarto, cuidadores, personal, etc. Cada uno

de los subsistemas tiene y dispone de límites y reglas propias. De esta forma, un individuo de la familia o institución puede formar parte de varios subsistemas. Los subsistemas se encuentran delimitados por límites impuestos, ya sea por jerarquías, pautas de conducta o bien las propias reglas del sistema. En la familia las interacciones entre los subgrupos están reguladas y delimitadas por comportamientos y reglas implícitas. En cambio, en la institución la autoridad es quien se encarga de establecer y presentar claramente las reglas a los menores. Otra eminente diferencia en este aspecto es la calidad de las relaciones que existe entre los subgrupos. En la familia la relación entre los integrantes suele ser más duradera y significativa que en el ambiente institucionalizado.

Otra diferencia es que la familia está basada en un sistema de ayuda y soporte mientras que en las instituciones los cuidadores se rigen por un sistema de relaciones laborales (Sloutsky, 1997). En el ambiente familiar cada miembro aporta para el bienestar del sistema, mientras que en la institución la meta de los cuidadores algunas veces se limita a cumplir con una jornada laboral. Según Rutter (1988), aun los niños que viven muchas horas fuera de su hogar logran desarrollar fuertes lazos con sus cuidadores biológicos, a diferencia de los niños institucionalizados con los cuidadores. Probablemente esto se debe a que en comparación con la madre, el personal que cuida a los niños es menos expresivo verbalmente, muestra menos emociones y socialización, es menos sensible, brinda menos estimulación y muchas veces rechaza al niño (Muhamedrahimov, et al., 2004). Se ha observado que, aún con una proporción de 3 niños por cuidador, se llega a presentar un retraso leve en el desarrollo de los niños institucionalizados en comparación con sus pares, de bajos recursos y criados en un ambiente familiar (Hansen, 1971). De acuerdo con Spitz (1945), ni el cuidador más experimentado puede sustituir el grado de interacción y reciprocidad que suele desarrollarse con la madre.

Por otra parte, las observaciones en la institución, en cuanto a la estabilidad, consistencia, sensibilidad y disponibilidad emocional del trato han sugerido que el personal centra su atención en el cuidado médico, académico y a la rutina del cuidado diario (Muhamedrahimov, et al., 2004). La familia, además de considerar estas áreas, procura y está pendiente de las necesidades emocionales y sociales del niño. Esta diferencia puede ser resultado de las reglas o normas de algunas instituciones para no encariñarse o establecer relaciones estrechas con los niños (Sloutsky, 1997). Otra posible explicación es el grado o tiempo de interacción que se suscita entre los niños y sus cuidadores. De acuerdo Frances y colaboradores (1991), el grado de interacciones con adultos en niños de familias es de 7.49 mientras que lo niños en orfanatos es de 2.43. Esto, se debe en cierta medida, a que la proporción de cuidadores por niño en la familia es de 1 por cada 1.3 niños mientras que en la institución es de un cuidador por cada ocho niños. La correlación que se ha presentado entre proporción de cuidadores-niños e interacción ha sido de -.60. Otra diferencia radical es que en las instituciones predominan los cuidadores de sexo femenino mientras que en la familia es común una proporción equitativa (Muscat & Spencer, 2000). Esto se debe a que en muchas instituciones, ya sea por temor al abuso sexual, por tradición o elección laboral los cuidadores son mujeres lo que delimita la posibilidad de relaciones con adultos varones.

Finalmente, es importante examinar el objetivo que se plantea tanto el sistema familiar como el sistema institucional. El objetivo del sistema familiar como especie es la sobre-vivencia, ajuste personal y adaptación de sus miembros al entorno social. La familia asume una función de apoyo fundamental a lo largo del ciclo vital para facilitar independencia de sus miembros en la primera mitad de su vida. Por otro lado, el objetivo de la familia, como unidad psicosocial, es servir de soporte para sus miembros, proporcionar los medios necesarios para la subsistencia y brindar el clima emocional y afectivo que organiza y estructura al niño. De acuerdo a la visión familiar

de las instituciones se plantean los mismos objetivos para los niños en el entorno institucionalizado. Sin embargo, en muchas instituciones el objetivo gira en torno a la institución misma, al reconocer las necesidades básicas del niño, pero algunas veces deja un tanto marginadas las necesidades afectivas y sociales (Frank, et al., 1996).

A pesar de que la familia puede considerarse como una institución, presenta diferencias sustanciales con respecto a la Institución que pretende ser una familia para los niños. Sea la estructura, organización, cohesión o funcionamiento de la familia, el ambiente que se experimenta en un entorno familiar dista del que se vive en una institución. El contexto en el que se desenvuelven los niños institucionalizados difiere al de la familia en organización y en los roles que desempeñan cada uno de los integrantes. Los roles difieren primordialmente, ya que para el personal cuidar a los niños es un trabajo, y los niños de alguna u otra manera están reclusos en la institución (Sloutsky, 1997). A pesar de los esfuerzos que se han realizado por ofrecer mejores oportunidades a los menores institucionalizados, aún persisten diferencias entre la familia e institución. Estas diferencias a veces más cualitativas que cuantitativas, podrían impactar de forma negativa el desarrollo de los menores.

Siendo la familia el primer grupo social en el cual el individuo se desenvuelve es evidente el impacto que representa sobre sus integrantes. En ausencia de la familia la institución procura sustituir las funciones de la misma. Puede entonces decirse que el hecho de la privación de una familia se traduce en una diferencia fundamental entre los niños institucionalizados y los niños con entorno familiar. No obstante, la institución puede resultar un ambiente más conveniente para el niño que una familia disfuncional que empobrezca, entorpezca o ponga en riesgo el desarrollo sano del niño (Cuffe, et al., 2005). Por ende, la institución representa una valiosa alternativa para el niño que no disfruta de un ambiente familiar adecuado, ya sea por ausencia o por la imposibilidad de ésta para brindarle el cuidado y atención necesaria. Si bien es cierto

que generalmente la institución logra algunos de los propósitos de la familia, como la supervivencia de los niños, también es innegable mencionar que existen limitantes o áreas que difícilmente se logran cubrir.

2-. Impacto del entorno institucionalizado en los niños.

Una vez expuestas las características que se viven en la institución se planteará como las condiciones de este entorno pueden significar un medio propicio para la aparición de trastornos de ansiedad y depresión en los niños.

Los datos de investigación resultan contundentes, a pesar de las posibles diferencias culturales, o bien de las características de las instituciones. Los resultados destacan que el entorno institucionalizado suele afectar en diversas áreas del desarrollo del niño. Se ha propuesto que los niños que crecen en instituciones suelen desarrollar problemas psicológicos, desarrollo y cognitivos, en comparación de sus pares que crecen en un ambiente familiar (Wolkind & Rushton, 1994). Por ende es evidente la necesidad de cuidados especializados en esta población.

Es necesario reconocer que en los últimos años se han hecho atinadas mejoras en el entorno institucionalizado con la finalidad de brindar cuidados más adecuados a los niños. La mayoría de estas consideraciones han beneficiado fundamentalmente al desarrollo físico del menor. No obstante, las diferencias inherentes del entorno institucionalizado frente al entorno familiar, podrían contribuir a la aparición de problemas psicológicos en los niños (Ellis, et al., 2004; Roy, et al., 2000; Chugani, et al., 2001). Así bien, la historia familiar, la separación abrupta del niño con sus padres, el motivo de ésta y la dificultad de desarrollar apego seguro, pueden incitar el desarrollo de trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad (Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998; Haskett & Kistner, 1991; Parker & Herrera, 1996). Por esta razón,

resulta imprescindible explorar la presencia de estos trastornos en los niños institucionalizados.

2.1-. Modelos de Impacto.

Han surgido diversas explicaciones relacionadas con los efectos del entorno institucionalizado. De acuerdo con la perspectiva de privación materna, lo que más impacta a los niños es la separación abrupta de su madre o bien de sus cuidadores primarios (Bowlby, 1989; Goldfarb, 1945; Provence & Lipton, 1962; Spitz, 1945). Esta ruptura afecta negativamente al lazo emocional entre el niño y el cuidador primario, lo que evita la formación de un apego seguro. Se argumenta que esta separación fomenta la formación de alteraciones en el tipo de apego. Atribuyen primordialmente el daño emocional a la separación de la madre o cuidador primario durante los primeros dos años de vida. De acuerdo con esta perspectiva, más allá de este periodo crítico la institucionalización no repercutiría considerablemente en el desarrollo de los niños. Por otra parte, Casler (1961) ha propuesto que los efectos no sólo se deben a la ruptura de lazo emocional, sino que también están vinculados al motivo de la separación y a la calidad de la estimulación cognitiva del ambiente. Esta perspectiva propone que el entorno institucionalizado impacta al desarrollo del niño. Sin embargo, no lo relaciona con la edad de ingreso o el tiempo de institucionalización. En contraste, algunos autores afirman que si el tiempo es importante en el desarrollo en condiciones familiares, lo será en condiciones institucionalizadas (Wohlwill, 1973). Posteriormente Rutter (1988) continuó con el debate al dar mayor importancia o énfasis al empobrecido ambiente que se vive en las instituciones (Tizard & Hodges, 1977; Tizard & Rees, 1974).

El modelo teórico contextualista considera que el ambiente o contexto en el cual se desarrolla el humano se suscita en sistemas multifactoriales. Bajo este esquema se

propone una constante interacción entre el desarrollo del individuo y los elementos del macrosistema. Esta interacción fluctúa y relaciona cada uno de los elementos del sistema, que en conjunto afectan de manera significativa el desarrollo del hombre. De esta manera, la perspectiva contextualista presupone que el desarrollo humano se vincula estrechamente con los espacios próximos, como el hogar o la escuela, y los macrosistemas como la cultura. Con base a esta perspectiva, se puede suponer que la modificación o alteración de factores en el ambiente provoca efectos en el curso normal del desarrollo del niño. Así bien, el concepto de ecosistema (Bronfenbrenner, 1979) postula que la conducta individual se puede explicar mejor, si se comprende el contexto ambiental en el que se presenta. En este sentido, el ambiente humano es en extremo complejo pues incluye dimensiones físicas, estructuras sociales, económicas y políticas. De acuerdo con esta teoría, las diferencias en el desarrollo de los niños que viven con sus familias y aquellos que viven en una casa hogar o institución son altamente probables. Por otro lado, en la medida en la que se aplica el materialismo al proceso de desarrollo éste adopta un enfoque contextual y evolutivo. Al respecto se ha propuesto que el individuo es producto de su propia historia interactiva, no sólo socializa, sino que se individualiza a través de la interacción social (Arranz, 2004). Así mismo, Arranz (2004) incorpora la importancia de la genética en la relación de natura-nurtura. De acuerdo con este autor, esta relación puede ser pasiva, reactiva y activa. En la pasiva, tanto el cuidador como el niño comparten genes y ambiente, por lo cual resulta difícil atribuir a uno u otro la influencia de determinado comportamiento. La influencia reactiva se refiere a los comportamientos de los cuidadores evocados por características genéticas de los niños. Finalmente, la interacción activa se entiende como la propensión o tendencia del sujeto por elegir los ambientes propicios para desarrollar sus predisposiciones genéticas.

Un tercer enfoque que permite integrar las perspectivas anteriores es la Teoría Conductual de Sistemas, la cual aborda el estudio científico de los cambios del

comportamiento y de sus relaciones con el entorno (Novak, 1998). De acuerdo con la perspectiva mencionada podría inferirse que diversos factores del entorno institucionalizado afectan determinados aspectos del desarrollo del niño encaminado al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión. Al observar como el entorno afecta en diversas esferas del desarrollo de los niños nos brinda un panorama más completo de los elementos que podrían influir en el desarrollo de la psicopatología en los niños institucionalizados. Con base a estas propuestas, podría suponerse que la combinación de elementos que se presentan en el entorno institucionalizado hace de éste un ambiente propicio para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

La certeza de los efectos de las instituciones en los niños es evidente, sin embargo se han planteado dos hipótesis en cuanto a la gravedad y permanencia de los efectos. Una de estas posturas afirma que los efectos del entorno institucionalizado en el niño son inherentes a la institucionalización y con repercusiones a largo plazo (Bowlby, 1989; Goldfarb, 1955; Spitz, 1945). La otra postura, menos conservadora, propone que el impacto del entorno institucionalizado sobre el desarrollo humano es remediable (Tizard, et al., 1972; Tizard & Rees, 1974), de corta duración (Maas, 1963), y que puede mejorar mediante intervención (Hunt, et al., 1976). Ambas perspectivas convergen en que es posible atribuir las consecuencias a factores emocionales y cognitivos.

En cuanto a la permanencia de efectos negativos, se ha encontrado que ciertos problemas persisten o se exacerban en el menor, aún cuando ya no se encuentre en la institución. Saltz (1973) ha mencionado que el déficit en las habilidades verbales y los problemas académicos encontrados en los niños con crianza institucionalizada, persiste durante la niñez y la adolescencia. En los últimos años se han realizado diversas investigaciones con niños institucionalizados, posteriormente adoptados. Los resultados permiten indagar sobre el impacto y permanencia de las consecuencias del

entorno institucionalizado en los niños. Entre estos estudios se encuentran los realizados con miles de niños rumanos adoptados alrededor del mundo. En un estudio con 124 niños rumanos, Kadlec y Cermak (2002) encontraron que aún después de la adopción, los niños mostraban problemas en su nivel de actividad, organización, sociales y emocionales en comparación con niños que nunca habían vivido en instituciones. Por su parte, MacLean (2003) ha aclarado que el impacto del entorno institucionalizado depende en gran medida de los factores protectores y de riesgo en el ambiente post institucional. Aunque la institucionalización pueda representar un factor de riesgo para diversas áreas del desarrollo, no necesariamente desemboca en psicopatología. Se ha comprobado que muchas de las consecuencias negativas pueden evitarse o bien revertirse, al mejorar las condiciones de la institución (Kahan, 1993; Wolkind & Rushton, 1994). No obstante, aún en condiciones adecuadas, se ha encontrado que el ambiente institucionalizado puede acarrear consecuencias dañinas para el desarrollo físico, intelectual, y socio-emocional del niño (Dennos & Najarian, 1957).

A mediados del siglo XX diversos estudios mostraron que el entorno institucionalizado podría afectar el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo del niño (Bowlby, 1989; Goldfarb, 1945; Spitz, 1945). Spitz (1945) fue uno de los primeros en investigar los efectos que tiene el entorno institucionalizado en el niño. Estudió niños que después de la separación de sus familias ingresaron a un orfanato. Los resultados demostraron que el entorno institucionalizado tenía consecuencias negativas considerables en el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional del niño. Estos resultados han despertado controversias sobre el grado en que la institucionalización pueda afectar el desarrollo de los niños.

Diversos estudios han enfatizado que las consecuencias reales en los niños institucionalizados se relacionan con determinados factores. Factores tales como la

edad de ingreso, el grado y duración de la privación, la proporción de niños por cuidador y el motivo de ingreso (Sloutsky, 1997; Thompson, 2001). Algunas investigaciones sugieren que el tiempo de institucionalización es uno de los predictores de retraso del desarrollo y los problemas de salud mental (Weitzman, 2003). Chisholm (1998) encontró que cuando la estancia es menor a 6 meses los niños no muestran estragos en el desarrollo. No obstante, si el tiempo de institucionalización excede a este periodo, el tiempo se relaciona linealmente con retrasos en el crecimiento físico (Johnson, 2000; Rutter, et al., 1988). De acuerdo con Johnson (2000), cada tres meses en la institución representan un mes en condiciones normales.

El tiempo de institucionalizaron se ha relacionado con el grado de aparición de conductas de trastornos del apego (Chisholm, 1998; O'Connor, et al., 2000). Chisholm (1998) observó que después de ocho meses de institucionalización los niños mostraban más signos de apego inseguro. Por su parte, O'Connor et al. (2000) han propuesto una relación directa entre el tiempo de institucionalización y trastornos en el apego, y han descrito a los niños institucionalizados como socialmente indiferentes.

En cuanto a los estragos en el comportamiento social, se ha observado que a mayor tiempo de institucionalización más deficientes son las habilidades sociales y hay más conflictos en las interacciones sociales (Thompson, 2001). De acuerdo con Saltz (1973), los niños que ingresan a edades más tempranas y por periodos más largos presentan un déficit mayor en sus habilidades verbales y más problemas académicos. Aunado a estos resultados, Kadlec y Cermak (2002) encontraron, en grupo de niños adoptados, que el tiempo de haber residido en la institución presenta una relación directamente proporcional a los problemas de organización, en los niveles de actividad, sociales y emocionales. Existe una relación entre el tiempo de institucionalización, la edad de ingreso y la identificación de emociones. En la medida

en la que permanezcan más tiempo en la institución, menos emociones serán capaces de identificar (Sloutsky, 1997). No obstante, se calcula que si se da en adopción a los niños antes de los seis meses, estas dificultades se reducen significativamente (Thompson, 2001).

De la evaluación y comparación de niños Etiópes de entre 5 y 14 años con entorno institucionalizado y niños de una población "normal" respecto a medidas intelectuales, sociales, y de nutrición, se concluyó que las diferencias entre los grupos son pequeñas. Inclusive los niños que entraron con más edad a la institución obtuvieron puntajes más bajos en comparación a los que habían ingresado desde pequeños (Frances, Mesfin, Alem, & Abdulaziz 1991). En cuanto a la autoestima los niños del orfanato mostraron puntajes similares o más altos que los niños del grupo control. Cabe mencionar que las condiciones sociales prevalecientes en ese entonces eran de hambruna (1989), situación que pudo haber afectado más a los niños criados en familia. No obstante, en cuanto a las relaciones con adultos, los niños con entorno institucionalizado del orfanato manifestaban menor acercamiento y relaciones más débiles con los adultos.

Respecto al funcionamiento orgánico del individuo y el tiempo de institucionalización, un estudio con niños adoptados de Rumania relacionó el tiempo de institucionalización con los niveles de cortisol. Después de seis años y medio de la adopción se encontró que los niños que habían permanecido por más de 6 años en la institución presentaban niveles más altos de cortisol, que los niños que habían permanecido menos de seis meses (Gunnar, et al., 2001). Los autores atribuyen estas diferencias a las interacciones padre-niños y al grado de estrés.

Por otra parte, el ambiente social empobrecido y la intermitencia de los cuidadores expone al niño a un déficit de reciprocidad (Muhamedrahimov, et al., 2004). De

acuerdo a Tizard, (1978) a mayor el número de niños por cuidador mayor la presencia de problemas sociales, emocionales, y de apego con los adultos. Se ha encontrado que una relación de cuidadores desproporcionada con respecto al número de niños da como resultado una estimulación deficiente y cuidados inadecuados (Dennos & Najarian, 1973;). Se ha descrito que una inadecuada distribución de los cuidadores puede propiciar el desarrollo de psicopatología infantil (Mesman & Koot, 2000). Algunos otros factores que se relacionan son: un ambiente pobre, conflictos familiares, y apoyo materno carente o inexistente (Leech, Larkby, Day, & Day, 2006). No obstante, se ha observado que ser el consentido del cuidador se vincula con la disminución de problemas sociales, emocionales y con ausencia de trastorno de apego (Zeanah, Dumitrescu, & Zeanah, 2002).

Podría suponerse que la carencia de un cuidador estable primario afecta al lazo que los niños mantienen con sus cuidadores. Para que un niño se desarrolle adecuadamente es necesaria la relación continua y recíproca con una figura primaria de apego (Bowlby, 1989). Situación que, por la naturaleza del cuidado institucional, resulta un tanto complicada o inalcanzable. Diversos estudios han señalado que los infantes que residen en instituciones desarrollan dificultades para establecer apego (Hodges & Tizard, 1989; Tizard & Rees, 1975). Estas mismas dificultades se han encontrado en niños que han sufrido o sufren de maltrato físico (Zeanah, et al., 1993; Zeanah, et al., 2002). Entre los trastornos relacionados con el apego más frecuentes en niños institucionalizados está el trastorno de apego reactivo (Zeanah, Charles, Smyke, & Dumitrescu, 2002).

2.2 Apego e institucionalización.

Una de las asunciones básicas de la teoría del apego es que la calidad de la relación del niño con su cuidador influye en su salud psicológica. Parece que las variables

relacionadas con la interacción entre la madre y el hijo son fundamentales para que el desarrollo sea normal (Osuna & Herruzo, 2000).

De acuerdo con el Comité de la Organización Mundial de Salud (1997), la constancia en la relaciones con los cuidadores primarios es importante, especialmente en los primeros años de vida. Los niños que están bajo más riesgo son aquéllos que experimentan cambios múltiples de cuidadores o viven en instituciones con muchos cuidadores, pero sin tener una relación especial con alguno. La teoría del apego manifiesta que la calidad de las experiencias del niño con el cuidador puede predecir el tipo de apego que se desarrolle a futuro. En comparación con niños criados en ambientes familiares, los niños criados en instituciones presentan menos posibilidades de desarrollar apego selectivo. Esto se debe, en parte, a la rotación de turnos del personal, y a que éstos suelen estar a cargo de un elevado número de niños (Johnson, 2000; Muhamedrahimov, 2000). Cuando estos factores se combinan con los reglamentos y parámetros de algunas instituciones da como resultado un mayor obstáculo que entorpece una adecuada atención de las necesidades afectivas del menor.

En México, muchos de los niños que residen en las casas hogar provienen de una familia. Por lo que la mayoría de ellos contaba con sus respectivos cuidadores, pero usualmente en situaciones familiares vulnerables. Muchos de estos niños fueron víctimas de privaciones, violencia familiar, abuso físico y/o psicológico y abandono. Algunos autores proponen que los niños que han sufrido cualquier tipo de maltrato es más probable que se clasifiquen en las categorías de apego inseguro que niños de su misma procedencia social que no lo han sufrido (Lamb, et al., 1985).

Desde el momento del ingreso del niño a la institución, suele precipitarse la ruptura del lazo con sus padres o cuidadores, cambia por completo de cuidadores y de la

dinámica familiar a la que está acostumbrado. Una vez establecido en su nuevo hogar, los cuidadores, apoyados por especialistas, procuran ofrecer un ambiente más adecuado para el desarrollo del menor. Aunado a la ruptura o separación, el menor se enfrenta a la necesidad de adaptarse al nuevo medio al que llamará hogar. Esta separación constituye, en la mayoría de los casos, una situación estresante para el menor. Se ha corroborado que aún las separaciones breves provocan en los niños sentimientos y conductas relacionadas con la ansiedad (Hernández-Guzmán, Soto, & Soria, 1990). De esta forma, es posible esperar un mayor impacto cuando la separación es definitiva o por periodos prolongados.

Las instituciones dedicadas al cuidado infantil suelen presentar diversos factores de riesgo, tales como baja reciprocidad de los cuidadores, cuidadores insuficientes e inestables y atención que en algunos casos dista de ser individualizada. Se ha indicado que la interacción niño-cuidador en el ambiente institucionalizado se caracteriza por comunicación y estimulación infantil parcas, un estilo educativo despreocupado y no exigente y por un rechazo o falta de respuesta a sus necesidades (Osuna & Herruzo, 2000). Se ha observado que las relaciones de padres e hijos que son conflictivas y que no ofrecen soporte o apoyo contribuyen a la depresión en los niños y en los adolescentes (Millikan, Wamboldt, & Bihun, 2002).

Ya sea por razones laborales o personales, las instituciones se ven obligadas a realizar permutas en cualquier momento que así se requiera. La ausencia de figuras de apego estables dificultan que el niño adquiriera confianza básica, que aprenda las habilidades para la comunicación íntima y social en general, que obtenga conocimiento social, normas interiorizadas, etc. Estas consecuencias podrían explicarse en términos de la carencia de condiciones sociales que al niño permitan sentirse seguro y aprender las habilidades propias de la competencia social. Aunada a esta situación el número de niños excede en gran medida el de los cuidadores,

correspondiéndole a cada cuidador muchos niños. Dicho fenómeno produce importantes estragos en la relación que el niño mantiene con los adultos encargados de cuidarle. También se dificulta la posibilidad de desarrollar un apego selectivo debido a la rotación de cuidadores por turnos (Zeanah, Smyke, & Dumitrescu, 2002). De este modo, es posible asegurar que los niños con entorno institucionalizado se hallan en mayor riesgo de presentar problemas de apego, ya que experimentan múltiples cambios de figuras paternas con una baja o nula responsabilidad directa hacia un niño en específico.

Los problemas de apego que destacan en los niños con entorno institucionalizado se han descrito más en cuanto a la selectividad en acercamientos sociales y en búsqueda de confort, que en cuanto a la ansiedad o resistencia (Chisholm, 1998; O'Connor, et al., 2003). Más que un problema de apego, se le ha considerado como el resultado de una interpretación deficiente de señales sociales, y una percepción defectuosa de las barreras sociales (Roy, Rutter, & Pickles, 2004). Dadas estas características se ha vinculado los problemas de apego con el comportamiento indiscriminado. A pesar de la relación entre estos dos problemas, es posible distinguir diferencias. En los estudios de rumanos se había visto que el comportamiento indiscriminado no corresponde precisamente con el apego seguro o inseguro (Roy, Rutter, & Pickles, 2004). Hay datos que indican que el comportamiento indiscriminado puede presentarse de forma independiente a los trastornos de apego (O'Connor, et al., 2000; Zeanah, et al., 2000).

Diversos estudios han señalado que los infantes que residen en instituciones desarrollan dificultades para establecer un tipo de apego adecuado (Hodges & Tizard, 1989; Tizard & Rees, 1975). Se ha contemplado que el entorno institucionalizado dificulta o entorpece el desarrollo del apego seguro (Rutter, 1988). Estudios correlacionales han señalado que los individuos con patrones de apego inseguro tienden a referir menos satisfacción, más conflictos en sus relaciones personales, auto

concepto negativo y crítico, y son más propensos a desarrollar depresión (Brewin, Fith-Cozens, Furnham, & McManus, 1992; Cassidy, 1988; Levy & Davis, 1998). Estas mismas dificultades se han encontrado también en niños que han sufrido o sufren de maltrato físico (Zeanah, et al., 1993, Zeanah, et al., 2002). Así mismo, Hortacsu, Cesur, y Oral (1993) han enfatizado que la correlación que existe entre depresión y apego inseguro es más evidente en los niños que crecen en un ambiente institucionalizado. Es prudente y necesario aclarar que la depresión no es forzosamente una consecuencia del apego inseguro, sin embargo es posible considerar el apego inseguro como una de las variables asociadas con los síntomas de depresión.

El apego inseguro y ambivalente resultan factores de riesgo que anuncian el desarrollo de psicopatología (Rutter, 1984). En un estudio realizado con 155 adolescentes se comparó el tipo de apego con los niveles de ansiedad y depresión referidos por éstos. Los resultados reflejaron que los adolescentes con apego ambivalente presentaban niveles más elevados de depresión y ansiedad, seguidos por los de apego inseguro. Los que manifestaban apego seguro no sólo puntuaron más bajo en ansiedad y depresión sino, que también manifestaron más confianza en sus cuidadores que los niños con otros tipos de apego (Muris, Meesters, Melick, & Zwambag, 2001). Podría suponerse que dadas las características del contexto institucional y la dificultad por desarrollar apego seguro aumenta la incidencia de trastornos psicológicos en los niños institucionalizados.

Entre los trastornos relacionados con el apego más frecuentes en niños institucionalizados está el trastorno de vinculación reactivo (Zeanah, Charles, Smyke, & Dumitrescu, 2002). Con base a los criterios del DSM -IV y el CIE 10 el trastorno de vinculación reactivo puede presentarse de dos maneras. La primera es cuando el niño reacciona retraído emocionalmente bajo un patrón poco responsivo, en donde se

percibe la ausencia de un predominio en los comportamientos de apego (tipo inhibido). El segundo tipo es el desinhibido, subtipo en el cual los comportamientos de apego son notables, pero no son selectivos y se presentan de manera indiscriminada. La conducta o comportamiento indiscriminado se define como un patrón ambulatorio en el que no se confirma la información, no se muestra reserva ante adultos desconocidos, y hay disposición a marcharse con extraños (Zeanah, et al., 2002).

En estudios basados en esta clasificación de apego y realizados meses o años después de la adopción de los niños, se ha observado que en niños institucionalizados es más frecuente el apego indiscriminado (desinhibido) que el apego de retraimiento emocional (inhibido) (Zeanah, 2000). Los niños diagnosticados con Trastorno de apego Reactivo (TAR) pueden llegar a presentar comportamientos autistas, agresivos e inseguridad y ansiedad (Henley, 2005). Otros síntomas de los problemas de apego descritos por Richters y Volkmar (1994) son: desorganización, baja tolerancia a la frustración, cuidado personal deficiente, retraso en el lenguaje y habilidades sociales defectuosas para interpretar señales sociales. La etiología del TAR se explica por las características del ambiente en el que se ha desarrollado el niño, en donde el abuso, el rechazo y/o relaciones inconscientes con los cuidadores son muy frecuentes (Tibbits-Kleber & Howell, 1985).

Algunos de los problemas relacionados con el trastorno de vinculación reactivo es que lo niños están orientados hacia los adultos, presentan más dificultades con los pares, carecen de un mejor amigo, no solicitan ayuda de los pares, y son menos selectivos al elegir a sus amistades (Hodges & Tizard, 1989). Existen datos que sugieren que los problemas de apego pueden vincularse con conductas tales como la hiperactividad y problemas de atención (Roy, Rutter, & Pickles, 2004).

2.3-. Impacto cognitivo y desarrollo físico.

Se ha encontrado que los niños que crecen en un entorno institucionalizado tienden a presentar problemas de conducta, y problemas de aprendizaje (Kahan, 1993; Muscat & Spencer, 2000; Wolkind & Rushton, 1994). Kaler y Freeman (1994) compararon niños institucionalizados de entre 35 y 50 meses contra niños en ambientes familiares. Entre los resultados encontraron que en los niños institucionalizados se presentaban rezagos cognitivos, motores y adaptativos de hasta la mitad de su edad. Años más tarde Roy, Rutter, y Pickles, (2000) hicieron un estudio comparativo de niños entre 5 y 8 años de edad criados en una casa hogar. Este estudio examinó la relación del entorno institucionalizado con problemas emocionales, de conducta y cognitivos. Particularmente, los niños en entorno institucionalizado presentaban más problemas de atención e hiperactividad en la escuela. Las variaciones hereditarias y las experiencias previas a su llegada a la institución no explicaban estas diferencias. Concluyeron que la conducta de los niños institucionalizados en sus primeros años se caracteriza por hiperactividad y problemas de atención. Este patrón de hiperactividad y atención se ha confirmado en otros estudios con niños institucionalizados (Hodges & Tizard, 1989), aunque no es similar al que presentan niños con problemas por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) que han crecido en ambientes familiares (Roy, Rutter, & Pickles, 2004).

En lo que respecta al desarrollo físico, se ha encontrado que los niños en entorno institucionalizado suelen presentar rezagos en su crecimiento físico. En 1993 se encontró que de los quince mil niños rusos institucionalizados, ubicados en 253 orfanatos, más de diez mil mostraban retraso en su desarrollo físico (Muhamedrahimov, et al., 2004). El problema de desarrollo más común es el rezago en el crecimiento físico, motores, de lenguaje, de oído y generales. En otro estudio Groze e Ileana (1996) hallaron que, de una muestra de 465 niños adoptados, el 60 % se encontraba por debajo del peso y estatura promedio. Agregaron que el peso y la

estatura, al momento de adopción, exponían una correlación negativa respecto al tiempo que habían pasado en la institución. Rutter en 1988 planteó una relación entre medidas físicas, como la circunferencia de la cabeza, estatura y peso, con el déficit en el desarrollo de los niños institucionalizados. No obstante, este autor ha llamado la atención sobre el tremendo desarrollo físico y cognoscitivo que suele suscitarse después de dos años del momento de la adopción. Cuando Rutter evaluó a niños institucionalizados, observó que la mayoría presentaba bajo peso y se clasificaba como “retardado” en una escala de inteligencia. Dos años más tarde, después de su adopción, sólo un 2% siguió bajo de peso y la calificación de la escala de inteligencia aumentó considerablemente. Al respecto Miller, en el 2000, confirmó que la mayoría de los niños institucionalizados experimentan una inmediata y significativa recuperación al exponerse a un ambiente enriquecido.

Se ha propuesto que la estatura es un factor por el cual los niños pueden experimentar situaciones ambientales negativas. Los niños pequeños que presentan desventaja física sobre sus pares podrían presentar niveles de ansiedad más altos (Ellis, Fisher, & Zaharie, 2004). Esta situación podría ser más frecuente en las instituciones, ya que los niños conviven todo el tiempo y a veces no hay suficiente vigilancia. Así mismo, se ha señalado que la estatura puede ser índice o marcador de otros problemas como depresión o retraso en el desarrollo (Puckering, et al., 1995).

Se ha llegado a plantear que el desajuste cognitivo de los niños en entorno institucionalizado podría deberse a alteraciones en el sistema neuroendocrino. Gunnar y colaboradores (2001) realizaron un estudio en el que compararon los grados de cortisol en niños adoptados que habían vivido en instituciones y otros que habían crecido con sus familias. A grandes rasgos se encontró que el tiempo en las instituciones se correlacionaba con mayores niveles de cortisol. Se ha calculado que el

cortisol producido cuando el cuerpo se somete a niveles elevados de estrés produce desajustes cognitivos (De Bellis, et al., 1999).

Por otra parte, el desajuste cognitivo y emocional de los niños institucionalizados se ha atribuido a la disposición de la actividad cerebral. En una investigación se comparó el electroencefalograma de niños rumanos institucionalizados de ocho años de edad con niños con entorno familiar. Los niños institucionalizados llevaban en la institución desde los dos meses hasta los 38 meses de edad, en que fueron adoptados. Los resultados reflejaron que los niños con entorno institucionalizado mostraban una reducción de actividad en zonas cerebrales relacionadas con funciones cognitivas y de regulación emocional (Chugani, et al., 2001).

Los problemas cognitivos y de retraso en el crecimiento que presentan los niños con entorno institucionalizado también se han explicado como consecuencia de una nutrición deficiente. En una muestra de 46 niños institucionalizados adoptados, más de dos tercios de la población presentaba problemas de alimentación, como negarse a comer o bien sobrealimentarse (Fisher, et al., 1997). De acuerdo con los autores, el rehusarse a comer se explicaría por el cambio de dieta, el tipo de alimentos y la disposición de éstos. En lo que a sobrealimentarse se refiere, se menciona que probablemente se deba a la incapacidad de los niños para reconocer el momento de saciedad.

Una alimentación inadecuada puede comprometer al sistema inmunológico, situación que aumenta el riesgo de infecciones, lo que afecta el desarrollo sano y, en casos extremos, la vida del niño (Sorensen, Leiva, & Kuvibidila, 1993). Consecuentemente, las infecciones o enfermedades afectarán la calidad de la nutrición, lo que dificulta la posibilidad de sanar. Como consecuencia, el incremento de enfermedades puede entorpecer el desarrollo cognitivo y físico de los niños. De acuerdo al libro rojo de la

Academia Americana de Pediatría (AAP, 1994) “los niños cuidados en grupo presentan mayor riesgo de infección, mayor gravedad de las enfermedades, y mayor predisposición a adquirir patógenos resistentes a medicamentos”. Estos riesgos aumentan cuando cohabitan más de tres niños. Entre las enfermedades más comunes que se han descrito en estas condiciones son enfermedades respiratorias y/o gastrointestinales (Frank & Klass, 1996).

La relación entre factores físicos y factores cognitivos, emocionales y sociales es notoria, no sólo en términos biológicos, sino también en términos conductuales. Los niños que reciben una crianza institucionalizada manifiestan conductas como pasividad y escasa actividad exploratoria, lo cual reduce la posibilidad de experimentar y aprender (Frances, et al., 1991). De esta forma, se ha propuesto que el deterioro en el crecimiento en los niños con entorno institucionalizado no es por escasez de alimento o recursos, sino más bien por falta de cuidadores que los alimenten, cuiden y estimulen (Dennis & Najarian, 1957; Provence & Lipton, 1962; Skeels, 1966; Spitz, 1945; Spitz & Wolf, 1946). Se ha considerado que existe una estrecha relación entre el desarrollo social del niño y la ingesta de nutrientes (Puckering, et al., 1995). Como consecuencia de una dieta y cuidados deficientes, el niño puede mostrarse un tanto apático y ser menos eficiente al demandar alimento o cuidados. El niño que no interactuó tan regularmente con los cuidadores probablemente reciba menos alimento y atenciones de parte de éstos, lo que dará como resultado un desarrollo físico y social pobre. Los problemas del desarrollo relacionados con la ingesta de nutrientes, como la depresión o déficit cognitivo, puede alterar los acercamientos del niño a los cuidadores, y afectar la relación entre éstos. Así bien, se han relacionado los episodios depresivos con la falta de competencia en diversa áreas, tales como la social y la cognitiva (Cole, 1990). Los maestros suelen informar un desempeño académico y social disminuido como señal de riesgo de depresión en los niños (Slotkin, et al., 1988).

2.4- Impacto en el desarrollo social.

Se ha indicado que el entorno institucionalizado puede impactar más al desarrollo social y emocional que al cognitivo. Rutter y Quinton (1984) encontraron resultados confirmatorios en un estudio con mujeres que habían residido en una institución antes de los cinco años. Años más tarde, estas mujeres presentaban más problemas de adaptación social, parejas problemáticas, presencia de trastornos de personalidad y disfunción marital, comparadas con mujeres que nunca habían vivido institucionalizadas.

A pesar de la presencia de posibles factores protectores, el entorno institucionalizado representa una severa amenaza para el desarrollo social y emocional de los residentes (Rutter & Quinton, 1984). Para Landesman (1990), el entorno institucionalizado es más tóxico para el desarrollo social y emocional que para el desarrollo cognitivo. Harlow et al. (1965) han sugerido que las consecuencias del entorno institucionalizado son mayores en el desarrollo social que en el cognitivo.

En los últimos años se ha indagado sobre los efectos que la institucionalización puede tener en el desarrollo social de los menores. Como sabemos la conducta social comienza en la infancia, conforme se establecen las relaciones entre padres e hijos, y se desarrolla mediante un proceso de interacción social a lo largo de la vida. En caso de los niños con entorno institucionalizado, la socialización ocurre entre ellos mismos, con los cuidadores y demás personal. Por esta razón las relaciones sociales que los niños experimentan en la institución pueden carecer de la información necesaria para que el niño se ajuste adecuadamente. Se ha propuesto que cuando el ambiente carece de suficiente información social puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de salud mental (Osofsky, Eberhart-Wright, Ware, & Hann, 1992).

Se ha observado que cuando los niños se desarrollan en ambientes con escasa estimulación social y emocional, pueden reaccionar con retraimiento, desapego y/o rechazo al contacto físico (Shapiro, Shapiro, & Paret, 2001). De acuerdo a Judge, (1999) estas condiciones pueden generar problemas en torno al comportamiento social. Los niños con entorno institucionalizado obtienen puntajes más bajos en habilidades sociales y presentan más problemas con las interacciones sociales (Thompson, 2001). En un estudio con 33 niños de Uganda, se observó que aunque los niños institucionalizados no son muy agresivos, no están socialmente orientados, pasan más tiempo solos que acompañados y muestran preferencia por interactuar uno a uno que en grupo (Nielsen, Coleman, Guinn, & Robb, 2004).

Uno de los problemas sociales más persistentes que se ha descrito en los niños institucionalizados es el comportamiento indiscriminado. La conducta o comportamiento indiscriminado se define como un patrón ambulatorio de acercamiento sin confirmar la información, sin mostrar distinción entre adultos, y con disposición para marcharse con extraños. O'Connor y colaboradores (2000) describen al niño que presenta comportamiento indiscriminado como un niño carente de la habilidad para distinguir entre adultos, sin predilección por algún adulto, que no se cerciora de la presencia de los padres y que no es reservado ante extraños. Algunos estudios realizados en Canadá reflejan que los niños adoptados de Rumania, de entre 11 y 36 meses, presentaban altos índices de amistad indiscriminada (Zeanah, et al., 2002). En esa investigación se midió el grado de amistad que establecía el niño con adultos no conocidos, ausencia de timidez, disposición a acercarse a otros adultos y soltura para irse a casa con ellos. Los resultados demostraron que tener una figura de apego predilecta no excluía el comportamiento indiscriminado. Sin embargo, el grupo de niños que no señalaron un cuidador predilecto, mostró puntajes más altos de comportamiento indiscriminado (Zeanah, et al., 2002). Se ha identificado dos

categorías de comportamiento indiscriminado. Una en el cual el niño identifica una figura de apego como preferida y otra en el cual no hay predilección por una figura o cuidador.

Un estudio longitudinal evaluó la conducta y el desarrollo social y emocional de 40 niños criados en una casa hogar durante sus primeros dos años de vida (Hodges & Tizard, 1989; Tizard & Hodges, 1978). Los niños se dividieron en cuatro grupos, aquéllos que después de cumplir dos años habían sido adoptados, los que regresaron con sus padres biológicos, los que permanecieron bajo el cuidado institucionalizado después del periodo preescolar y un grupo de niños que nunca habían estado institucionalizados. Los niños institucionalizados vivían en un ambiente enriquecido con una proporción alta de cuidadores por niño (3 a 1), pero con una rotación frecuente de los mismos. De acuerdo con este estudio los niños institucionalizados a los 8 años habrían tenido aproximadamente 80 cuidadores (Hodges, & Tizard, 1989). En las pruebas cognitivas los grupos no manifestaron diferencias considerables, sin embargo fue posible distinguir en el grupo de niños que permaneció en la institución alteraciones emocionales, problemas de apego, y comportamiento indiscriminado (Tizard & Hodges, 1978). A los 8 años, tanto los maestros como los padres se quejaban de los intentos de los niños por llamar la atención y propensión a la amistad indiscriminada. Durante la adolescencia, los tres grupos mostraron amistad excesiva con los adultos, ansiedad, miedo, agresividad y eran más conflictivos y menos populares con sus pares, que los niños no institucionalizados (Tizard & Hodges, 1978). Al respecto, el grupo de los adoptados mostró un puntaje menor que los otros dos grupos, aún así fue más elevado que el de un grupo control de niños que no habían sido institucionalizados. Posteriormente a los 16 años, se evaluó el grado de orientación a los adultos, dificultad con los pares, presencia de amigos cercanos, disposición para recurrir a pares para apoyo emocional y amistad indiscriminada. Se encontró que los niños que crecieron en un entorno institucionalizado eran 10 veces

más propensos a presentar problemas en los aspectos evaluados. De esta manera, se concluyó que los efectos a largo plazo persistían en los tres grupos, aunque en menor medida en los niños adoptados (Tizard & Hodges, 1978).

Se ha propuesto que el comportamiento indiscriminado es una conducta adaptativa en las instituciones, ya que aumenta las probabilidades de contactos sociales. No obstante, generalmente acarrea problemas, ya que se presenta sin la precaución necesaria ante extraños (Chisholm, et al., 1995). Aunado a este problema se ha sugerido que los niños con entorno institucionalizado son más influenciables. Se ha comparado la frecuencia con la que los niños institucionalizados cambian de opinión a petición de los adultos. Los resultados reflejaron que los niños institucionalizados cambiaban más de opinión que los niños del grupo control. Se observó que los niños con entorno institucionalizado son más propensos a cambiar de opinión y a convenir a petición de los adultos (Sloutsky, 1997). Por otra parte, éste comportamiento se ha explicado como la consecuencia de la falta de habilidades sociales (Sloutsky, 1997). Las habilidades sociales son las conductas o destrezas específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Por habilidad se entiende al conjunto de comportamientos adquiridos o aprendidos, no es un rasgo de personalidad. La adquisición de las habilidades sociales depende del contexto o ambiente en que se desarrolle el niño.

Las habilidades sociales que el niño disponga determinaran en cierto grado el rechazo o la aceptación de los demás. Si las habilidades sociales son inadecuadas pueden relacionarse con situaciones como, baja aceptación, rechazo, aislamiento social y psicopatología (Hernández-Guzmán, 1999). En el caso de los niños institucionalizados el deterioro de las habilidades sociales puede precipitarse por diversos motivos, como la falta de modelos adecuados, oportunidades escasas para aprender, o una instrucción deficiente y situaciones presentes en la organización y estructura del

entorno institucionalizado. En un estudio con 52 niños institucionalizados de entre 7 y 8 años se encontró que los niños con entorno institucionalizado no identifican correctamente, en una proporción alta de casos, las emociones de enojo, amor, felicidad y miedo, al comparárseles con un grupo familiar (Sloutsky, 1997).

2.5- Impacto en el desarrollo emocional

Actualmente la sociedad procura que las instituciones dedicadas a cuidar menores dispongan de todos los recursos materiales necesarios para su labor. Este hecho permite que los niños que crecen bajo estas condiciones no carezcan de comida, techo, vestido, educación, ni recreación. Desafortunadamente, aún cubriendo estas necesidades y con los cuidados pertinentes, muchos niños desarrollan problemas afectivos que les producen sufrimiento.

Los hallazgos de Spitz y Spitz y Wolf (1945) con infantes en instituciones en los años 40 sugieren consecuencias alarmantes de la ruptura entre el niño y el cuidador primario. Spitz y Wolf denominan este estado como depresión anaclítica, la que se caracteriza por pérdida de interés en las relaciones, ansiedad generalizada y miedo. Basando en las observaciones de Spitz y Wolf (1945), Goldfarb (1945) ha caracterizado el síndrome de institucionalización. Dicho síndrome persiste aún en la adolescencia y se distingue por: desorganización e hiperactividad; demandas indiscriminadas de afecto y atención; relaciones superficiales; la ausencia de la ansiedad normal ante el fracaso o rechazo y retraimiento social. Por su parte, Federici (1998) ha descrito el síndrome de autismo institucional como un crecimiento deficiente lenguaje escaso o regresivo, problemas de atención, auto estimulación, y memoria deficiente. Contrario al autismo real, estas conductas pueden atenuarse o bien desaparecer, si el niño se expone a un medio propicio (Rutter, et al., 1988).

Se ha propuesto que la escasa estimulación social que se suscita en el entorno institucionalizado impacta el desarrollo emocional del niño. El término que Bowlby (1989) empleó para describir los efectos emocionales es psicópata, no afectivo. De acuerdo con este autor, el impacto de la privación social temprana afecta las relaciones personales aún en la vida adulta. En los últimos años esta condición se ha incorporado como criterio para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad. Este tipo de personalidad se ha vinculado, en los varones, con rasgos de criminalidad, violencia, abuso de sustancias e inestabilidad laboral. En el caso de las mujeres, se relaciona con mayor índice de depresión, conductas suicidas, malestares somáticos, abuso de sustancias, y prostitución (Robins, 1986).

En otro estudio realizado en Eritrea, se compararon el estado emocional de tres grupos de niños, un grupo de huérfanos reubicados en familias, otro de niños que residían en una institución y niños criados por su familia. Todos habían vivido bajo esas condiciones por lo menos durante dos años. Los resultados reflejaron que los niños reubicados y los de familia alcanzaban puntajes mayores en autoestima, confianza en ellos mismos, relaciones interpersonales y relaciones con los padres o cuidadores. Mientras que los niños institucionalizados mostraban puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad y depresión (Wolff & Fesseha, 2005). En un estudio similar, Bagenholm y Kristianson (1987) evaluaron aspectos psicológicos y psicosomáticos en niños de un orfanato de Etiopía. Después de haber registrado durante tres años a los niños observaron que los problemas que aumentaban más eran el trastorno de depresión y la falta de apetito.

Por otra parte se considera que los niños que han sufrido abandono y/o abuso pueden llegar a ser problemáticos, conflictivos o difíciles, en el sentido de inestabilidad emocional, capacidad deficiente para la intimidad y mayor exhibición de afecto negativo (Parker & Herrera, 1996). Al respecto se ha sugerido que la agresividad es un

patrón asociado al niño maltratado físicamente, mientras que, en el caso del abandono, son más frecuentes las dificultades de funcionamiento social y retraimiento (Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998; Haskett & Kistner, 1991). Se calcula que los niños que crecen bajo estas condiciones son más vulnerables al desarrollo de delincuencia, violencia, abuso de drogas, prostitución y depresión (Frank & Klass, 1996).

Se ha sugerido que existen ciertas pautas de conducta relacionados con el entorno institucionalizado que afectan el desarrollo emocional. Fisher y colaboradores (1997) compararon a niños adoptados de 25 meses provenientes de tres poblaciones, niños con 8 o más meses de institucionalización, niños con poco tiempo de residir en la casa hogar, y niños de familia. En cada grupo se evaluó la presencia de problemas exteriorizados e interiorizados. El término exteriorizado se refiere a los problemas que son evidentes por el comportamiento del niño, como hiperactividad y problemas de conducta. Por otra parte, los problemas interiorizados implican un estado mental perturbador, como la depresión y la ansiedad. Al comparar la presencia de este tipo de problemas se encontró que no había diferencias significativas en las escalas de problemas exteriorizados, no obstante en los puntajes totales, los niños con más tiempo institucionalizados reflejaron puntajes más elevados. Se pudo observar que los puntajes interiorizados correlacionaban positivamente con el tiempo de institucionalización (Fisher, et al., 1997). Entre los problemas interiorizados más frecuentes tanto en niños como en adultos se encuentran los trastornos de ansiedad y la depresión.

3-. Ansiedad y depresión en niños

El estudio de la psicopatología en niños y adolescentes ha tenido avances significativos en los últimos 30 años. Algunos estudios han encontrado que muchos

niños que requieren de servicios de salud mental no reciben estos servicios (Verhulst & Van der Ende, 1997). Con frecuencia los niños que tienden a recibir ayuda profesional son aquéllos que exhiben problemas exteriorizados como hiperactividad y problemas de conducta. Por otra parte, los niños con problemas interiorizados suelen pasar desapercibidos, ya que aunque, pueda ser motivo de perturbación para el niño, muchas veces son imperceptibles para los adultos (Cohen, et al., 1991; Wu, et al., 1999). A pesar de que algunos comportamientos interiorizados como el retraimiento social, irritabilidad, ansiedad por separación e inhibición conductual son manifiestos y susceptibles a que otros los perciban, el estado de ánimo suele pasar desapercibido. Los problemas de conducta percibidos pueden ser indicadores de la presencia de problemas interiorizados en los niños (Mesman & Koot, 2000).

Se considera inhibición conductual al factor de temperamento que se manifiesta en los niños por medio de timidez, reacciones de miedo y alejamiento en situaciones no familiares (Kagan, et al., 1988). Esta clase de comportamiento suele mantenerse estable durante la infancia e inicios de la adolescencia. En un estudio con 968 niños de 12 a 18 años se observó que los niños con inhibición conductual manifiestan calificaciones más altas en ansiedad y depresión. Se observó que las niñas obtienen puntajes más altos tanto en inhibición conductual como en síntomas de ansiedad (Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet, & Bogie, 2001).

Con respecto a las causas o etiología de la psicopatología se ha involucrado y relacionado diversos factores genéticos, biológicos y psicosociales (Cuffe, Mckeown, Addy, & Garrison, 2005). Es decir, la psicopatología no es resultado de un solo factor sino es la asociación de diversos factores inmersos en un contexto (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995).

En un estudio con 1969 sujetos de 11 a 18 años de edad se encontró que los factores de riesgo predominantes para el surgimiento de psicopatología son la falta de

destrezas sociales, no pertenencia a grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular (Haquin, Larraguibel, & Cabezas 2004). Cuffe y colaboradores (2005) agregan que la estructura familiar parece ser un factor de riesgo significativo para el desarrollo subsecuente de trastornos afectivos. De acuerdo con estos autores, la presencia de eventos desagradables parece estar más vinculado con los trastornos de ansiedad y la estructura familiar con los trastornos afectivos como la depresión. Haquin y colaboradores (2004) proponen que la familia constituye uno de los elementos más importantes de la red de apoyo social y fuente de valoración del niño y adolescente. Ésta resulta un espacio contenedor de las ansiedades propias del proceso de desarrollo que viven sus integrantes. La ausencia de estos factores afecta el desarrollo de la autoestima y auto imagen del niño y del adolescente. De este modo, es posible plantear que la ausencia de un ambiente familiar podría significar un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología.

Se ha enfatizado que los factores genéticos y ambientales mantienen una estrecha relación en el desarrollo de la psicopatología. Se ha comprobado que algunos niños presentan disposiciones genéticas que los hacen más sensibles a situaciones ansiógenas y a afectos depresivos (Rice, et al., 2006). Esta situación no sólo corrobora la implicación de un enfoque biológico, sino que también enfatiza la importancia de las diferencias individuales en el desarrollo de los trastornos psicológicos. En cuanto a la influencia de la genética en el desarrollo de los trastornos psicológicos, Rice y colaboradores (2006) mencionan que es necesario aclarar la diferencia entre la interacción gen ambiente y la correlación entre éstos mismos elementos. La interacción es el resultado de diversos efectos del ambiente en los individuos de acuerdo a su predisposición genética. De esta manera, el sujeto con predisposición a enfermedades cardiovasculares estará en mayor riesgo si se encuentra en un ambiente, cuyas condiciones propicien este tipo de enfermedades. Por otro lado, la correlación se refiere a que el individuo busca determinadas condiciones de acuerdo a

su genética. Es decir, sí la genética contribuye a que el sujeto presente problemas de visión probablemente dirija algunas de sus acciones a remediar este problema ya sea, usando anteojos, acercándose más al estímulo visual o buscando estímulos visuales más grandes.

La visión contextualista-interaccionista propone que el desarrollo psicológico se refiere, en gran parte, a la transcripción de las relaciones interpersonales estables que los niños mantienen con su entorno. Estas relaciones están contextualmente condicionadas, por lo que el medio en el que vive el niño es inseparable de sus características evolutivas. Es posible suponer que diferentes contextos impactarán de forma distinta el desarrollo del niño. Al considerar las situaciones que viven los niños institucionalizados es dable darse cuenta que existen ciertos factores que atentan contra la salud psicológica del menor.

3.1.- Comorbilidad de Ansiedad y Depresión

Los investigadores han enfatizado un traslape conceptual y empírico existente entre ansiedad y depresión. Los síntomas de la ansiedad y depresión se sobrelapan con frecuencia tanto en el niño como en los adultos. Este fenómeno, descrito como comorbilidad, dificulta el diagnóstico y el tratamiento de trastornos psicológicos. Los tratamientos para niños y adolescentes por lo general se enfocan a un trastorno en específico, sin embargo, la comorbilidad parece ser más la regla que la excepción. Muchos estudios confirman que los individuos con trastorno de ansiedad generalmente presentan síntomas de depresión y viceversa (Wadsworth, Hudziak, Heath, & Achenbach, 2001).

Así bien se ha sugerido que la presencia de ambos trastornos puede tener un mayor impacto en el individuo. Al respecto Jolly y colaboradores (1994) demostraron que los

sujetos con depresión comórbida con ansiedad manifiestan más malestares somáticos que los que presentan un solo trastorno.

Numerosos estudios longitudinales y transversales han señalado la comorbilidad que hay entre estos dos trastornos. Al respecto la perspectiva unitaria sostiene que la ansiedad y la depresión representan un mismo continuo en cuanto a los síntomas básicos y a los tratamientos empleados (Dobson, 1985; Stavrakaki & Vargo, 1986). Por otra parte, la perspectiva pluritaria plantea que estos dos trastornos deben de ser considerados por separado (Gurney, et al., 1972). Una tercera postura presenta un modelo de dos factores independientes que permite la integración de las otras dos perspectivas (Watson & Clark, 1984; Watson & Tellegen, 1985). Los factores propuestos por esta postura para diferencias entre ansiedad y depresión son el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN). El afecto negativo se describe como preocupación, contrariedad, sentimiento, llanto, síntomas psicósomáticos, problemas de sueño y tristeza. En contraste, en el afecto positivo se relaciona con confianza en uno mismo, alegría, entusiasmo y energía (Lee & Rebok, 2002).

Lonigan et al. (1994) ha encontrado que una de las diferencias entre ansiedad y depresión es la ausencia o baja relación de afecto positivo en los niños con depresión. Así mismo, Watson et al. (1988) ha informado que la presencia de afecto positivo se relaciona negativamente con los síntomas y el diagnóstico de depresión. En cuanto al afecto negativo observaron que en la depresión y ansiedad no difiere en cuanto al grado pero sí en la especificidad del mismo. Se ha especulado que la ansiedad parece estar asociada con niveles más altos de afecto negativo, elevada activación fisiológica y niveles normales de afecto positivo, mientras que la depresión presenta niveles elevados de afecto negativo, niveles normales de activación fisiológica y niveles bajos de afecto positivo (Lee & Rebok, 2002). Se espera que en una población general los

puntajes de afecto positivo se distribuyan de manera normal, mientras que los de afecto negativo se encuentren en niveles bajos constantes (Lee & Rebok, 2002).

Se ha observado que los niveles de afecto positivo y afecto negativo se mantienen un tanto estables en el curso de las etapas de desarrollo. Al registrar los niveles a afecto negativo y afecto positivo a 624 niños de 8 a 11 años se ha observado que éstos se mantienen similares con el transcurso de los años. Aunado a estos resultados, los niños con mayor puntaje de afecto negativo en tercer año eran más propensos a desarrollar estados depresivos en sexto año (Lee & Rebok, 2002).

Los términos de ansiedad y depresión pueden emplearse en la cotidianidad para describir estados de ánimo. Sin embargo, cuando se refieren a un trastorno psicológico involucran un conjunto de síntomas determinados. En ocasiones, se refieren a síntomas similares, lo que complica en cierto grado el establecimiento de un límite entre ambos trastornos. Es importante considerar que aunque un niño y un adulto puedan presentar el mismo trastorno, es posible que lo expresen de manera diferente. Es necesario contar con una descripción o definición que permita discernir entre el tipo de trastorno, un estado de ánimo pasajero, o bien determinado rasgo de personalidad.

3.2.- Ansiedad

La ansiedad se ha considerado como una emoción que avisa al organismo de la existencia de alguna situación o elemento que pone en riesgo su estado de equilibrio. La ansiedad puede entenderse como una respuesta adaptativa que permite al organismo atenerse a las exigencias que se presentan en el medio. Solloa (2001) propone que la ansiedad es un estado semejante a la expectativa del peligro y una preparación mental ante el mismo. Esta respuesta no es proporcional, es irracional y

persiste, con o sin la presencia del estímulo que la desencadena. La ansiedad puede definirse como un patrón complejo de tres tipos de reacciones ante la percepción de una amenaza o reto: respuestas motoras (por ejemplo, salir corriendo, cerrar los ojos, gritar); respuesta fisiológicas (por ejemplo, aumento de la frecuencia cardíaca, tensión muscular, sudoración, respiración agitada, enfriamiento de las extremidades); y respuesta subjetivas (por ejemplo, pensamientos de peligro, de incapacidad, de daños corporales) (Wiks-Nelson & Allen, 1997).

Es atinado mencionar que los síntomas de la ansiedad son similares a las reacciones que se presentan ante un estímulo que produce miedo. El miedo y la ansiedad son estados que involucran reacciones fisiológicas, cognitivas, conductuales y emocionales similares. No obstante, la ansiedad se diferencia del miedo en que en ésta no existe un elemento real que la desencadene, mientras que el miedo solamente se suscita ante la presencia de un estímulo real y específico. La sensación de miedo es racional, proporcional y desaparece en ausencia del estímulo. En otras palabras, el miedo sólo se presenta ante un peligro real e inmediato y la ansiedad es una respuesta general y desproporcionada ante situaciones ambientales percibidas como amenazantes (Barret, 2004).

Los elementos que producen miedo o ansiedad pueden variar de una cultura a otra. Mientras algunos miedos son frecuentes en todo el mundo, existen miedos específicos e idiosincrásicos a determinada región o país por ejemplo, las serpientes en África, los fantasmas en China y hacer el ridículo en EUA (Ollendick, 1996). La presencia o grado en que se manifiestan los síntomas de ansiedad puede variar de acuerdo con la cultura. En un estudio se comparó los síntomas relacionados a trastornos de ansiedad de 665 niños africanos y niños occidentales (holandeses). Las comparaciones estadísticas indicaron que los niños del sur de África presentan niveles más elevados de síntomas de ansiedad que los niños occidentales (Muris, Schmidt, Engelbrecht, &

Perold, 2002). En un estudio con 1837 niños (862 alemanes y 975 japoneses) se evaluó la presencia de síntomas de trastornos de ansiedad. Los resultados revelaron que los niños alemanes presentan niveles más altos en cuanto a trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de ansiedad generalizada. Por su parte, los niños japoneses mostraron puntajes más altos sólo en la escala relacionada a heridas físicas (Essau, Sakano, Ishikawa, & Sasagawa, 2004). Aunque los niveles de ansiedad varían de acuerdo al país o contexto, se ha observado que las variaciones de síntomas en cuanto al sexo y a la edad se mantienen constantes. En niños japoneses y alemanes se encontró que los niveles de ansiedad se reducen conforme aumenta la edad y que las niñas reportaban más síntomas de ansiedad que los niños (Essau, Sakano, Ishikawa, & Sasagawa, 2004).

3.3-. Perspectivas de la Ansiedad

A lo largo de los años se han postulado modelos que pretenden comprender la etiología de la ansiedad. Por un lado, la Teoría Biológica o Constitucional propone que independientemente de las experiencias del medio existe una base biológica para cualquier reacción de miedo y ansiedad. Esta teoría propone que éste tipo de reacciones son tendencias determinadas con las que el hombre esté genéticamente equipado para enfrentar peligros reales.

Por otra parte, la ansiedad se ha explicado desde el punto de vista del análisis de conducta. Es preciso aclarar que esta perspectiva considera conducta humana al comportamiento instrumental (todo que se hace o dice), los aspectos psicológicos como las actitudes, las cogniciones (ideas, convicciones, creencias, concepciones) y las emociones (incluyendo los componentes fisiológicas). La investigación en este campo ofrece un patrón elocuente en cuanto a la adquisición y mantenimiento de la ansiedad. Por un lado el condicionamiento clásico ha demostrado que los estímulos

neutros pueden originar miedo al asociarse con el estímulo que naturalmente lo produce. Por su parte el condicionamiento operante propone que la ansiedad se mantiene por reforzamiento. Cuando se manifiesta la angustia se refuerza negativamente, pues se evita. La evitación se convierte en una respuesta aprendida que tiende a repetirse.

La presencia de ansiedad en ausencia física del estímulo que la desencadene, se explica por medio de las cogniciones. Aunque no se encuentre presente físicamente el estímulo precursor de la ansiedad, el individuo anticipa o evoca la presencia de éste por lo que se desencadena la ansiedad. De acuerdo a Beck (1976) la dependencia entre las emociones y cierto tipo de pensamientos se debe a una asociación aprendida. En la ansiedad estos pensamientos rondan alrededor de la percepción de peligro inminente.

La perspectiva cognitiva expone a la ansiedad en términos de una estructura cognitiva que funciona como programa para escapar del peligro. Se representa la ansiedad como una red en la memoria que incluye 3 tipos de información: información sobre el estímulo temido, información sobre la conducta e información de la interpretación del significado del estímulo y de los elementos de respuesta de la estructura (Foa & Kozak, 1986). Esta perspectiva ha avanzado, de tal manera que plantea que es el significado el que distingue entre la estructura de miedo y otras estructuras de información (Foa & Kozak, 1991). De esta manera, el componente cognitivo sugiere que la ansiedad infantil resulta de la sobre-actividad crónica de esquemas circundantes a los temas amenazantes y/o de peligro, alimentados por distorsiones cognitivas. Las distorsiones que se presentan se basan en un proceso disfuncional de procesar la información, como generalizar o exagerar.

Los elementos o situaciones que pueden desencadenar ansiedad pueden variar durante las etapas del desarrollo. Los niños pequeños sufren con intensidad por cuanto retrasa, limita, y/o frustra sus necesidades corporales. Sufren por la separación, por las decepciones, celos, rivalidades y por las angustias, suscitadas inevitablemente por el propio desarrollo cognitivo afectivo y social. Si la ansiedad se presenta en niveles tenues es posible considerarla como parte del desarrollo normal del niño y biológicamente adaptativa. Este tipo de respuestas se consideran disfuncionales cuando los niveles de ansiedad interfieren en el desenvolvimiento normal del sujeto (Hernández-Guzmán, 1999). Determinados estímulos pueden ser precursores de miedo o ansiedad dependiendo de la edad del niño; por ejemplo a los seis o nueve meses el miedo a los extraños; el miedo a seres imaginarios en el segundo año de la vida; el miedo a la oscuridad característico de los 6 años y el miedo al fracaso en los niños mayores (Miller, et al., 1974). Así Tabeada, Ezpeleta, y Osa (1998) proponen que el bajo calor emocional de la madre, manifestado por poca comprensión y confianza en el niño, pocas muestras de afecto hacia él, poco interés en ayudarlo y animarlo, entre otros, favorece el desarrollo de la ansiedad. Agregan que cuando el niño presenta un temperamento caracterizado por alta actividad general, baja ritmicidad biológica y una tendencia a la inhibición, cuadro conocido como llamado “niño difícil”, se incrementa significativamente el riesgo de desarrollar ansiedad en el niño. Señalan que este tipo de temperamento también puede exacerbar la presencia de psicopatología en los padres, y este mayor deterioro puede conllevar a que se dé una actitud más negativa hacia el niño.

Por otra parte, para la teoría de ansiedad infantil de Kendall (1985) el miedo y la ansiedad patológica provienen de un exceso crónico y fatalista de ideas relacionadas al peligro y/o a la muerte. Cuando estas ideas se convierten en distorsiones cognitivas llegan a sesgar, si no todos, muchos de los pensamientos y conductas de la vida cotidiana. Al considerar las características del entorno institucionalizado y sumarle la

presencia de acontecimientos vitales estresantes, la situación todavía podría agravarse más, y potenciar así el impacto de otros factores de riesgo.

Existen distintos factores que pueden contribuir que los niveles de ansiedad normal se tornen patológicos. En un estudio con 362 niños y adolescentes, con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años se observó que el miedo a ser maltratado (según los niños) y la preocupación excesiva del niño por su familia (según los padres) se asocia con los trastornos de ansiedad (Bragado, Bersabé & Carrasco, 1999). Así bien, se ha observado que el tamaño físico parece estar muy relacionado con el aumento de problemas psicológicos en los niños institucionalizados. Es probable que los niños más pequeños experimenten factores negativos del ambiente que contribuyan al desarrollo de la ansiedad. Esto se debe a que los niños más pequeños se encuentran en desventaja física ante sus pares y experimentar niveles más altos de ansiedad (Ellis, Fisher, & Zaharie, 2004).

Por otra parte, se ha considerado que un tipo de apego ansioso o indiscriminado puede favorecer el desarrollo de trastornos de ansiedad (Muris, Meesters, Melick, & Zwambag, 2001; Rutter, 1988). Así bien, se ha propuesto que la ausencia de una familia o un funcionamiento deteriorado de ésta, se traduce en un factor de riesgo para el afloramiento de los trastornos de ansiedad (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004).

3.4-. Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son el problema de salud mental más recurrente en niños y adolescentes (Shaffer, et al., 1996) y pueden predecir ansiedad y depresión en la vida adulta (Pine, et al., 1998). Investigaciones epidemiológicas recientes han indicado que entre un 8% y un 12 % de los niños padecen de algún tipo de trastorno de ansiedad

suficientemente grave como para interferir en su vida diaria (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996).

La Asociación de Psiquiatría Americana diferencia dos tipos principales de trastornos de ansiedad: trastornos fóbicos y estados de ansiedad. Los trastornos fóbicos son miedos intensos, irracionales, que se centran en un objeto actividad, o situación específicos, que la persona siente que tiene que evitar. Los estados de ansiedad incluyen estados recurrentes de pánico, trastornos generalizados de ansiedad que tienen carácter persistente, y trastorno por estrés postraumático. Cada trastorno puede provenir de diferentes combinaciones de influencias. El desarrollo de determinado trastorno en los niños puede diferir de acuerdo a los factores que lo desencadenen o lo desencadenaron.

Con base en los criterios DSM-IV los trastornos de ansiedad que se pueden distinguir en los niños y adolescentes son: ansiedad por separación, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y stress postraumático.

Los trastornos de ansiedad pueden desencadenarse por algún objeto o situación en particular, como el caso de la fobia específica, o bien por una excesiva preocupación y miedo sobre acontecimientos pasados o futuros, como en el trastorno de ansiedad generalizada. Así mismo, los trastornos de ansiedad pueden vincularse con la presencia de reacciones o sentimientos extremos de ansiedad seguidos de un suceso traumático. Se ha observado que los niños y adolescentes que experimentan una situación traumática podrían manifestar una frecuencia e intensidad mayor de miedos específicos relacionados con la situación (Wiks-Nelson & Allen, 1997).

Algunos trastornos de ansiedad van acompañados por pensamientos intrusivos y obsesivos, y acciones compulsivas, como conductas repetitivas que alivian la ansiedad. De acuerdo con el DSM-IV, por obsesión se entiende las ideas, pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se viven en algún momento como intrusivas e inapropiadas y que causan en el sujeto una importante ansiedad o aflicción. En lo que respecta a las compulsiones se describen como comportamientos o actos psicológicos que el sujeto se siente impulsado a realizar recurrentemente con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad o malestar que causa una obsesión. Es común que este trastorno en niños se manifieste con rituales de lavado, de comprobación y ordenamiento de objetos. Por ejemplo el cerrar y abrir la puerta determinadas veces para verificar que cierre bien y evitar la angustia de que alguien pudiera entrar.

Como se mencionó anteriormente muchas veces no es posible percatarse de las manifestaciones cognitivas de la ansiedad en el niño. Por ello, es necesario enfocarse en otro tipo de manifestaciones, como conductuales, somáticas, y psicosociales, que permitan detectar la presencia de trastornos de ansiedad en los niños. Entre las manifestaciones conductuales se encuentra la agitación psicomotriz caracterizada por inquietud desordenada, lucha y desafío; hiperactividad e inatención. Se ha comprobado una estrecha relación de los trastornos de ansiedad con el trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (Hodges & Tizard, 1989).

Se ha observado que los niños con ansiedad presentan manifestaciones somáticas. Entre este tipo de manifestaciones se encuentran los trastornos del sueño, como las pesadillas, los terrores nocturnos y el insomnio (Solloa, 2001). Algunas otras manifestaciones son la enuresis y la encopresis. Se ha referido la incontinencia de esfínteres como una respuesta de escape a la ansiedad. Así bien muchos niños que sufren de ansiedad suelen manifestar numerosas quejas hipocondríacas como dolores

en diversas partes del cuerpo, preocupación sobre su integridad física y sobre su funcionamiento corporal (Solloa, 2001).

Además de las manifestaciones mencionadas, la ansiedad también se ve reflejada en el funcionamiento social del niño. Una de las reacciones del niño ansioso es la inhibición de la conducta (Mesman & Koot, 2000). La inhibición de conducta es un factor de temperamento que se manifiesta en los niños por medio de timidez, reacciones de miedo y alejamiento de situaciones no familiares (Kagan, et al., 1988). El niño que presente este patrón de conducta procurará no realizar actividades vinculadas con la fuente de ansiedad. Finalmente, en los niños ansiosos se hace notoria la existencia de un lazo excesivo con el cuidador de dependencia permanente (Tizard & Hodges, 1978).

A diferencia de que los adolescentes y adultos pueden reconocer que el temor o ansiedad son excesivos, esto no suele suceder en los niños. Muchas veces los trastornos de ansiedad modifican de manera radical la forma en la que el niño se desenvuelve en su medio. El niño con fobia social, por ejemplo, muestra inhibición extrema ante actividades recreativas, rehúsa a participar en actividades sociales, y si se le fuerza, responde con llanto.

Los estudios epidemiológicos en este campo han subrayado que los trastornos de ansiedad más comunes en los jóvenes son el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de ansiedad por separación y las fobias específicas (Murisa, et al., 2003). No obstante, los síntomas de los trastornos de ansiedad suelen relacionarse unos con otros, por lo que es común que puedan aparecer síntomas de más de un trastorno. Se han encontrado diferencias en cuanto al grado de síntomas de ansiedad y el sexo. En general las niñas muestran puntajes más altos que los niños. Por otra parte, se ha observado una relación negativa entre la edad y los síntomas, a mayor edad menor

sintomatología (Muris, Schmidt, Engelbrecht, & Perold, 2002). En un estudio con 157 niños y adolescentes con ansiedad generalizada el 75% refirió preocupación, expectativas aprehensivas, auto imagen negativa, necesidad de confirmación, irritabilidad y quejas físicas. Las diferencias de los síntomas de acuerdo con la edad y el género no fueron significativas (Masi, Millepiedi, Mucci, Poli, Bertini, & Milantoni, 2004).

Si se cuenta con un panorama más claro en lo que se refiere al trastorno de ansiedad, habrá que ahondar ahora en las condiciones o características de la depresión como psicopatología. Al igual que con la ansiedad es posible observar cómo algunos desencadenantes de los trastornos de depresión pueden vincularse o encontrarse en las condiciones que viven los niños institucionalizados.

3.5-. La Depresión.

Por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, pérdida de interés o placer, la falta de capacidad de respuesta y condiciones similares, que se utilizan para describir este estado de ánimo negativo. El síntoma puede adquirir el significado coloquial sin significar que existe una enfermedad. Es posible y normal experimentar diversos periodos de tristeza, aunque no al grado o con la frecuencia necesaria como para catalogarse como trastorno depresivo. Este diagnóstico se aplica para la noción de depresión como un síndrome o una enfermedad (Polaino, 1988). Entonces, el trastorno de depresión consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta. Las variaciones que se han hallado en los índices de depresión influyen en los distintos criterios empleados para su definición. Sin embargo, muchas de estas coinciden en que un aspecto fundamental son la tristeza o disforia, sentimientos de desesperanza y

culpa y el alejamiento social. Es muy frecuente que el diagnóstico de depresión esté relacionado con el criterio o enfoque del instrumento o medición que se emplee.

Se ha discutido que el trastorno depresivo no es un solo síntoma aislado, sino más bien la relación de un conjunto de síntomas. Al respecto Kazdin y colaboradores (1986) agregaron que para que un síntoma o conjunto de síntomas sea considerado como depresión es preciso que se refleje un cambio en la conducta habitual, que el afecto depresivo presente consistencia en el tiempo y que no se deba a un precipitante importante. Se considera que uno de los criterios más importantes para el diagnóstico es el impacto de los síntomas en el funcionamiento cotidiano (Polaino, 1988). Generalmente, el trastorno de depresión se asocia con otros problemas médicos y psicológicos (Barret, 2004).

Por otra parte, rara vez se presentan todos los síntomas de la depresión, por ello el diagnóstico se realiza a partir de síntomas evidentes. Particularmente se manifiesta con un estado de ánimo de profunda tristeza, pérdida de interés, y desesperanza. Estos comportamientos pueden ir acompañados por cambios de apetito o peso, en las pautas de sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Es importante resaltar que, dependiendo de la persona, los síntomas se harán más evidentes en determinados aspectos y posiblemente de diferentes formas. Las personas cercanas al deprimido generalmente notan un creciente aislamiento social y/o el abandono de aficiones.

Con base en estas consideraciones el DSM-IV ha clasificado los trastornos depresivos. Dicha clasificación se basa en el grado, número y persistencia de la sintomatología depresiva. Incorpora a su valoración el nivel de incapacidad o impacto

que la depresión causa en la funcionalidad del sujeto. De acuerdo con estos criterios el DSM-IV cataloga los trastornos depresivos en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado.

Independientemente del trastorno de depresión, generalmente no se diagnostica y no se recibe la atención indicada. Se calcula que en México sólo un 29 % de las personas con un episodio de depresión alguna vez en la vida ha buscado la ayuda de algún tipo de profesional (Benjet, et al., 2004). De acuerdo con estos autores, el porcentaje no varía de acuerdo con la edad de inicio del trastorno. Sin embargo, el buscar ayuda al primer episodio o en un episodio subsiguiente y la latencia sí varían conforme a la edad de inicio.

3.6-. Perspectivas de la depresión

Como ya se mencionó el desarrollo de la psicopatología implica más de un solo elemento o condición. Generalmente, es el resultado de la combinación de diversos factores psicobiosociales. Se ha encontrado que condiciones indeseables en la vida del sujeto suelen precipitar la depresión. Algunas de estas condiciones son problemas económicos, relaciones problemáticas, pérdidas significativas, enfermedades y accidentes, entre otros.

Independientemente de que se identifique o no un factor precipitante de la depresión, es pertinente mencionar que las alteraciones en el estado de ánimo y las manifestaciones conductuales van acompañadas por cambios químicos y físicos en el cerebro que modifican su funcionamiento. Debido a que no es posible omitir las consecuencias o cambios químicos que se suscitan en el organismo durante la depresión, se han propuesto enfoques psicobiológicos. Existe una gama de perspectivas que abarcan desde los modelos genéticos hasta los neuroendócrinos.

Aunque no se ha determinado ningún modo de transmisión genética preciso, se ha sugerido un modo de transmisión ligado al cromosoma X en algunos trabajos sobre trastorno afectivo bipolar (Cantwell & Carlson, 1987). Considerando la neuroquímica del cerebro, se ha sugerido que el exceso de neurotransmisores conlleva a estados maníacos, y que su disminución provoca depresión (Solloa, 2001). Al respecto se ha investigado el efecto de algunos de los neurotransmisores involucrados: la norepinefrina, la serotonina y la acetilcolina. No obstante, se ha indicado que los trastornos mentales no sólo se deben a la presencia o ausencia del neurotransmisor, sino también a una compleja relación entre los emisores y receptores. Se ha relacionado las disfunciones de los ejes neuroendocrinos y córtico suprarrenal con la presencia de cuadros depresivos (Gunnar et al., 2001).

Por otra parte, la corriente culturista propone que la depresión es una respuesta a las exigencias sociales y el efecto que la sintomatología produce en los demás. De alguna manera el deprimido emplea su "estado" para satisfacer sus objetivos. De acuerdo con esta perspectiva, el individuo con depresión se vale de la autocompasión y extorsiona a los demás para cumplir sus objetivos. Esta visión de la depresión se ampara en algunos preceptos del aprendizaje y de reforzamiento social.

Actualmente las perspectivas cognitiva y conductual brindan uno de los enfoques más completos sobre la depresión. Estas perspectivas proponen y han demostrado con datos de investigación que en la depresión se ven inmersas variables tanto cognitivas como conductuales. Con respecto al enfoque cognitivo, una de las propuestas más difundidas es la Triada Cognitiva propuesta por Beck en 1976. La triada Cognitiva se refiere a una distorsión cognitiva compuesta por expectativas negativas del ambiente, auto apreciación negativa y expectativas negativas hacia el futuro. Aunado a estos factores, se enfatiza la presencia de esquemas depresógenos como una forma estable de asimilar y explicar las experiencias de vida en la que los sujetos se centran en

estímulos negativos y a conceptualizar las situaciones en forma pesimista. Por último, se hace mención de los errores cognitivos o esquemas de pensamiento negativo que se desarrollan en la vida y son reactivados en respuesta ante el estrés. Las experiencias cotidianas se perciben a través de este lente cognitivo que distorsiona la realidad en forma negativa. Es importante mencionar que se ha propuesto que aunque los niños no necesariamente cumplen con todos los factores de la triada cognitiva, sí presentan una autoestima disminuida, distorsiones en su pensamiento y desesperanza en relación con su futuro (Prescott, et al., 1998).

Por otra parte, las teorías o modelos conductuales incorporan elementos del condicionamiento clásico y operante, como la desesperanza y control de los eventos externos. Es prudente aclarar que el enfoque cognitivo y el conductual comparten diversos elementos, por lo cual más que explicaciones excluyentes se consideran complementarias.

Finalmente, el modelo transaccional considera las múltiples relaciones de la diversidad de factores como recursos ambientales, las características del cuidador y del niño como atribuciones dinámicas para la depresión infantil. No obstante, aclara que cierta disposición genética puede constituir una predisposición para anomalías bioquímicas, solamente si concurre la acción de algún mecanismo psicológico. Estas anomalías bioquímicas pueden, a su vez, representar una predisposición para el desarrollo de trastornos psicológicos, si se suscita un proceso de socialización determinado (Solloa, 2001). Se ha descrito que la depresión en edad temprana se vincula con una mayor probabilidad de presentar trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, dependencia a drogas, y trastornos de ansiedad en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta (Benjet, et al., 2004).

3.7-. Depresión en niños

En México se ha hallado que 2% de la población, aproximadamente dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad (Benjet, et al., 2004). De igual forma que la depresión puede manifestarse de maneras diferentes de persona a persona, también es probable que el cuadro de síntomas varíe en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el individuo (Polaino, 1988). La sintomatología puede verse reflejada en el crecimiento cognitivo progresivo del individuo. De este modo, podría esperarse que la depresión en el niño despliegue diferentes manifestaciones que las que se presentan en los adultos. En los niños y los adolescentes la depresión, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse como un estado de ánimo irritable o inestable (DSM-IV). Ariete (1978) menciona que los síntomas más frecuentes de la depresión en los periodos intermedios y finales de la infancia son la tristeza, retraimiento, frustración, escasa capacidad para formar vínculos y agresión manifiesta. Barret (2004), por su parte, agrega que los niños con depresión suelen mostrarse especialmente agitados sin quedarse quietos y con conductas agresivas. En los adolescentes, la depresión se manifiesta como pesimismo, comportamiento antisocial, y sentimientos de incompreensión. Por otra parte, en los adultos mayores la depresión se caracteriza por distracción y pérdida de memoria (Barret, 2004).

De acuerdo a Nissen (en Polaino, 1988) existe una relativa correspondencia entre las distintas edades y los diferentes síntomas que caracterizan a la depresión. Así, propone que en la edad preescolar existe un rechazo al juego, agitación timidez, crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse. Años más tarde en la edad escolar (de 6 a 12 años) el niño presenta irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez, enuresis, encopresis, terrores nocturnos, llanto y gritos. Finalmente, en la preadolescencia y adolescencia se presenta rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de

inferioridad y opresión. Este autor propone que la sintomatología se presenta de manera similar en niños y en niñas, sin embargo distingue que en las niñas se acompañan de conformismo y buen comportamiento.

Algunos estudios concernientes a la depresión han hecho énfasis en diferencias entre los géneros. Los resultados han descrito que las mujeres presentan puntajes más elevados de depresión que los hombres (Benjet, et al., 1999; Kessler, et al., 1994). Estas diferencias comienzan a notarse durante la pubertad y persisten hasta la vida adulta. En un estudio al comparar los puntajes obtenidos en una prueba de depresión (CES-D) en un grupo de adolescentes, el número de mujeres diagnosticadas con depresión fue más del doble que los varones con este diagnóstico (Prescott, et al., 1998). En contraste los niveles de depresión en niños y pre púberes no difieren de un sexo a otro (Benjet, et al., 1999; Leech, Larkby, Day, & Day, 2006; Lewinsohn, et al., 1995).

Por otra parte se ha encontrado que existe mayor prevalencia de depresión en niveles socioeconómicos más bajos (Benjet, et al., 1999). Se ha destacado que los efectos acumulados de la pobreza influyen directamente en la vulnerabilidad física y psicosocial del niño que crece y se desarrolla en medio de factores ambientales adversos (UNESCO 1997). Se ha observado que la percepción negativa de la familia está relacionada con sintomatología depresiva (Millikan, Wamboldt, & Bihun, 2002). De acuerdo con estos autores, entre más percepciones negativas de los adolescentes, su sintomatología depresiva será más evidente. Cerezo y Frías (1994) señalan que los niños maltratados consideran que tienen un control menor sobre los acontecimientos negativos que, además, atribuyen a causas internas y estables. Por otra parte los niños maltratados físicamente presentan un locus de control externo con relación a las experiencias desagradables.

3.8- Ansiedad y depresión en niños institucionalizados.

En México el trastorno que ocupa el primer lugar de incidencia es el de ansiedad, al presentarse en más del 14 % de la población. En tercer lugar, seguido del problema de abuso de sustancias, se encuentran los trastornos de ánimo con un 9.1% (Medina-Mora, et al., 2003). En lo que respecta a estudios epidemiológicos en niños se ha encontrado que la ansiedad y la depresión representan dos de las formas más comunes de psicopatología durante la niñez y la adolescencia con una prevaencia de un 8% a un 22 % y de 2 % a un 5% respectivamente (Fleming & Offord, 1990). No obstante, debido a los factores involucrados en el entorno institucionalizado, podría especularse que los trastornos depresivos y de ansiedad se presentan con mayor proporción e intensidad en niños institucionalizados que en niños de población general.

Algunos autores han propuesto que el entorno institucionalizado presenta diversos factores de riesgo que anuncian el desarrollo de depresión (Frank & Klass, 1996; Hortacsu, Cesur, & Oral, 1993; Levy & Davis, 1998). Entendemos por factores de riesgo las situaciones, ya sean pasivas o activas, que predicen peligro para el bienestar del individuo o que acarrear directamente consecuencias negativas para su salud, o comprometen aspectos de su desarrollo. Algunos factores de riesgo que se han relacionado con sintomatología depresiva son: la falta de expectativas futuras, la falta de destrezas sociales, las conductas de riesgo en relación al consumo de drogas y alcohol, la autoestima baja y la inestabilidad familiar (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004).

Por otra parte, el posible impacto del entorno en otras áreas del desarrollo, como la física, cognitiva, social y emocional, puede representar un aliciente para la aparición de los trastornos de ansiedad y/o depresión. Considerando los problemas que se

suscitan en cuanto al apego, los niños institucionalizados se enfrentan con situaciones que de alguna manera los hace más vulnerables al desarrollo de estos trastornos. Además de los factores de riesgo encontrados en el contexto institucional, se ha propuesto que la ausencia de una familia aumenta el posible impacto de estas condiciones en los niños. La familia fomenta en el niño o adolescente las expectativas a futuro, permite y facilita la pertenencia a grupos, genera un desarrollo moral adecuado, influye en el desarrollo de la auto estima y previene conductas de riesgo propias del adolescente (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004).

Al considerar estos factores resulta necesario y esclarecedor examinar la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en un entorno en donde las condiciones parecieran ser un medio propicio para su emancipación. Sin embargo esta información resulta escasa, si no es que nula. Por ende es necesario reforzar la investigación y los proyectos que permitan paliar la actual escasez de datos y experiencia, y ayuden a adaptar las medidas al progreso y del conocimiento. La necesidad de este estudio radica en la posibilidad de comprender mejor estos trastornos y aun más importante en la obligación de disponer de más información que permita brindar una mejor calidad de vida a los niños institucionalizados.

Tomando en cuenta que existen indicios a partir de los cuales podría especularse que la población de niños institucionalizados es vulnerable a la ansiedad y la depresión, el presente trabajo tiene como finalidad estudiar la presencia de ansiedad y depresión en niños mexicanos con entorno institucionalizado y compararlos con niños que viven en un ambiente familiar. Explorar si el entorno institucionalizado ofrece un contexto en donde la ansiedad y depresión se presentan en mayor proporción, y si presentan puntajes más altos de estos trastornos que los niños que viven con sus familias. Finalmente, si el tiempo de institucionalización, el motivo y la edad de ingreso se relacionan con la presencia de estos trastornos en los niños institucionalizados.

1- Familia e Institución.

En este capítulo se discutirán las diferencias fundamentales entre el entorno familiar y el institucionalizado. Para ello es necesario definir los conceptos y características de la familia y de la institución.

1.1 La Familia.

A diferencia de otras especies el Hombre requiere de un período considerablemente más extenso para adquirir las habilidades que le permitan subsistir en su medio. Sin saber cómo comunicarse eficientemente, cómo desplazarse o siquiera cómo obtener su alimento, el recién nacido queda expuesto a un sin fin de factores que amenazan su existencia. Son los individuos más experimentados de la misma especie quienes acogen a la criatura procurándola hasta que pueda valerse por sí misma.

El ser humano, como ser activo de una sociedad, requiere aprender ciertas pautas de comportamiento que le permitan involucrarse de manera natural al complejo de relaciones y funciones propias de la posición o posiciones que desempeñe. El participar en diversos grupos le permitirá satisfacer necesidades biológicas, psicológicas, y sociales. Entre estos grupos, la familia es el primer y principal foco de impacto que ejerce la cultura ambiental sobre la formación del ser humano.

Desde tiempos arcaicos la familia ha sido el principal grupo en donde el infante aprende a desarrollar habilidades indispensables para su subsistencia. El término "familia" tiene múltiples sentidos o diferentes perspectivas bajo las cuales es posible definirla. Aparentemente todos creemos saber lo que es la familia, creamos así alguna definición derivada de lo que experimentamos o nos hubiera gustado experimentar como vida familiar. A este tipo de definición se le denomina de sentido común y está vinculada a normas de carácter cultural. Por otro lado, están las definiciones técnicas,

las cuales son consensuadas para lograr una medición exacta de los fenómenos.

Algunos ejemplos de ejemplos de estas definiciones son:

1. Desde el punto de vista de la teoría ecológica la familia es un microsistema interactivo que se encuentra inmerso en sistemas más amplios (Bronfenbrenner, 1979). Como un grupo primario constituido por personas relacionadas entre sí sobre una base de los lazos de parentesco y de la vivienda en común. La familia difiere de otros grupos sociales en cuanto a la duración y la intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes.
2. “Designación para un grupo social constituido por personas vinculadas por la sangre, el matrimonio o la adopción, caracterizado por una residencia común, cooperación económica reproducción y cuidado de la descendencia” (Giner, 1998).
3. “Grupo primario formado por padre(s) e hijo(s) y, eventualmente otros parientes unidos entre sí por lazos múltiples y variados que se apoyan y ayudan de manera recíproca y que cumplen diversas funciones en beneficio mutuo y de la sociedad” (Ribeiro, 2000).
4. “Grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio [o su equivalente], de la sangre o de la adopción, que constituyen un hogar [o varios vinculados entre sí] y que se comunican e interactúan en sus papeles sociales de marido y mujer, madre y padre, hijo e hija, hermano y hermana [u otra relación próxima de parentesco y afinidad] y que crean y mantienen una cultura común” (Burgess & Locke, 1953).

Así bien, existen definiciones de familia que suele utilizar el Estado, en sus políticas y programas sociales. En México, de acuerdo con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la familia se define como: “una comunidad de personas relacionadas a través de lazos conyugales, filiales, fraternales o parentales, con funciones naturales y sociales orientadas hacia el desarrollo integral de sus miembros y el bien común de la sociedad. La familia como comunidad no puede ser entendida como la simple suma de sus integrantes vinculados por la reproducción de la especie y por el cumplimiento de funciones sociales, sino que la familia es el lugar o el ámbito propio del ser humano: en ella, se modela la personalidad y se observa con profundidad y sin miramientos, la relevante dignidad que cada individuo posee en virtud de su ser personal” (DIF 2006).

De la gama de posibilidades que ofrecen estas definiciones es posible plantear una clasificación de acuerdo a las características de cada familia, que si bien no excluye la posibilidad de alguna excepción, sí abarca los tipos de familia más comunes. De esta manera la clasificación de las familias pueden basarse en:

- a) Las reglas de residencia: patrilocal, cuando la pareja casada establece su residencia con los padres del marido; matrilocal o neolocal.
- b) El número de esposos: monogamia, cuando la unión es de un solo marido y una sola esposa; poligamia, en sus modalidades de poliginia y poliandria, cuando un cónyuge se une con dos o más del otro sexo.
- c) Las relaciones de poder: Patriarcal, cuando el marido es el dominante; matriarcal si lo es la esposa; e igualitaria.
- d) La modalidad de composición grupal en el hogar: Las nucleares, compuestas de esposa e hijos no unidos maritalmente.

e) La extensión: La familia conjunta, constituida por dos o más parientes por línea directa y del mismo sexo, junto con sus cónyuges y descendientes, que comparten la misma vivienda y están sujetos a una misma autoridad. Extensa propiamente dicha, cuando la familia conjunta vive dispersa aunque suelen residir próximos y realizar actividades económicas comunes.

La mayoría de estas definiciones o criterios tienen la finalidad de delimitar o diferenciar a la familia con respecto a otros grupos sociales. De este modo, las definiciones presentan características que permiten en gran medida un espectro flexible de lo que se puede entender por familia. Sin embargo, la diversidad, el ritmo y las posibilidades de la vida actual ofrecen nuevas posibilidades de lo que se conoce como familia. Por ejemplo, la relativa facilidad de la movilidad de las personas propicia que una familia no cohabite el mismo techo o bien que la intensidad de los vínculos no sea tan estrecha o duradera. De este modo, el concepto de familia puede expresarse como un grupo social cambiante que varía en función de lo que la sociedad requiera. Por ello, para evitar ambigüedades, es preciso aterrizar el concepto exponiendo las funciones básicas de este grupo social.

1.2.- Funciones de la familia.

Independientemente de las características de las familias, es en este grupo en donde se espera que los nuevos integrantes de la sociedad aprendan a embonar en la cotidianidad de la vida social. Visto de esta manera, la tarea primordial de la familia, como célula de la sociedad, es asegurar que los miembros logren integrarse a la cultura para que se adapten a otros subsistemas sociales, y así se logren los objetivos para los cuales está enfocada la sociedad. La familia también se encarga de satisfacer las necesidades físicas, emocionales y de protección que el niño necesita para un desarrollo sano. De este modo, familia no significa exclusivamente agrupación de

personas, sino una unión complementaria, rica en vínculos afectivos de tipo conyugal, filial, fraternal, parental, de distinto tipo y en diversas direcciones, que no puede ser equiparada ni sustituida por ninguna instancia o institución (DIF 2006). La intimidad de la persona, dentro de la familia se vive y se expresa de manera cotidiana, lo cual permite su formación y desarrollo.

La afirmación de que la familia es la célula social básica, nos hace vislumbrar que cualquier malestar al interior del cuerpo social está directamente vinculado con la salud y organización de cada una de las familias. De la misma manera el desarrollo social y el crecimiento económico están relacionados con el desarrollo integral de la familia. Por este motivo la familia es un microcosmos que actúa en referencia a la sociedad. Confiándose en una relación recíproca en donde la familia necesita de la sociedad y el gobierno, y la sociedad y el gobierno necesitan de la familia.

La familia no siempre mantiene una estructura fija, ya que con el paso del tiempo puede aumentar o disminuir el número de integrantes. La familia puede constituirse por un matrimonio sin hijos, un solo progenitor y sus hijos, niños cuidados por otros parientes que no sean sus padres, o incluso solo hermanos. A lo largo del tiempo la familia ha persistido con diversas modificaciones. Entre estas, destacan: la reducción del tamaño de la unidad familiar; el descenso y retraso de la nupcialidad; los aumentos de la maternidad precoz; de las uniones consensuales; de las rupturas conyugales; de los hogares monoparentales, unipersonales y de las familias reconstituidas, así como una mayor participación de la mujer en el mercado laboral.

Desde el punto de vista del materialismo cultural, se establece una sólida relación entre la producción de bienes en un entorno económico determinado, y el ritmo y los hábitos de reproducción familiar. Por ejemplo, en la edad media la necesidad de mano de obra, tanto en los campos agrícolas como en campos bélicos, exigía una mayor

tasa de natalidad. De acuerdo con esta postura tener o no tener hijos, su número, e incluso, la actitud a tomar ante ellos parecen estar determinados por el equilibrio costo-beneficio. Desde este mismo enfoque, las condiciones materiales de vida pueden determinar no sólo las pautas de reproducción, sino también los mismos estilos de crianza (Arranz, 2004). El que la familia deje de ser una unidad productiva tiene como consecuencia inmediata el descenso del número de hijos que se conciben. Esto se debe a que desde el equilibrio costo/beneficio, tener hijos no es rentable, en la medida en que conlleva mucho más costos, que los beneficios que produce. Así bien la familia ya no es una fuente de producción de bienes económicos en sí misma, sino que ha pasado a ser una unidad de consumo. Desde la postura economista de Becker (1987), muchos de los cambios que se han suscitado en la familia corresponden a procesos de ajuste que permiten ir a la par con los sistemas económicos de la sociedad actual. Las modificaciones que la familia ha encarado repercuten directamente en cada uno de sus miembros. Así bien el papel o visión que se tiene de los niños en la sociedad ha influido seriamente en el orden y estructura de la familia. Como resultado en las sociedad moderna, las familias nucleares tienden a ser más afectuosas y compactas que en las tradicionales (Becker, 1987).

Independientemente de estos cambios, la finalidad de la familia parece inmutable, siendo su objetivo cuidar e instruir a los integrantes menos experimentados, tanto en aspectos generales como en cuestiones más especializadas (Arranz, 2004). Desde los egipcios hasta los chinos, romanos, y aztecas la familia ha fungido como un sistema que permite cultivar o preparar nuevas generaciones. De esta manera, la familia puede verse como una vía para la preparación y en otras culturas como sistema de orden social en donde las relaciones familiares implican jerarquía. Con el fin de satisfacer este propósito es necesario que exista y se propicie una estrecha relación entre el neonato y sus cuidadores.

1.2.1 Apego e importancia durante la niñez.

¿Qué es el apego?

Se conoce como apego al lazo, vínculo o relación de amor y afecto duradera entre un bebé y su cuidador, generalmente sus padres (Hernández-Guzmán, 1999). De acuerdo a Bowlby (1989), el lazo madre/hijo es un elemento imprescindible para la supervivencia del ser humano. Bowlby resalta la importancia de un cuidador estable que procure apoyo emocional y físico, como un requisito para el desarrollo sano de humanos y otros animales (Stevens & Price, 1996). Estudios con otras especies han subrayado que la necesidad de cuidados recíprocos, intensivos e individualizados no es sólo un factor cultural, sino también el reflejo de una necesidad biológica (Kuhn, Pauk, & Schanberg, 1990). Se ha demostrado que la privación de contacto con adultos en ratas y monos durante los primeros años, da como resultado deficiencias en la interacción con los pares, comportamiento sexual inadecuado y respuestas parcas ante los estímulos novedosos (Harlow, Dodsworth, & Harlow, 1965; Kuhn, Pauk, & Schanberg, 1990). Se ha encontrado desenlaces similares en seres humanos (Field, 1995). Harlow y colaboradores (1965) han considerado al apego como un mecanismo primario, como lo es la libido y la agresión. Observó que la ausencia de un cuidador en un grupo de monos se relaciona con el desarrollo de conductas autistas como retraimiento, auto estimulación y auto flagelación. Años atrás en 1935 Lorenz describió que algunos animales, como los gansos, precisan de su madre y, en caso de no encontrarla, la substituyen por otra figura.

Se ha propuesto que el infante busca la cercanía física del cuidador ya que promueve protección y atención de sus necesidades (Bowlby, 1989). En respuesta a esta conducta la atención y los cuidados de los padres fomentan las conductas de comer y de socializar. De este modo, se ha propuesto que el infante interactúa con el cuidador en forma activa, lo que promueve el apego (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Esta interacción se fomenta mediante conductas que soliciten la atención del cuidador,

tales como sonrisas, balbuceos y llanto. Podría concluirse que el lazo se establece, en cierta medida, por la capacidad del menor para solicitar atención del cuidador, y acortar la distancia.

Se han descrito tres tipos básicos de apego. Por un lado, se encuentra el apego seguro en el cual el cuidador representa para el niño una base o lugar seguro para regular la ansiedad o el estrés cuando se enfrenta a situaciones u objetos estresores. De acuerdo con Bowlby, cuando el apego es seguro el niño puede lidiar mejor con la ansiedad que le provocan las exigencias del medio. Se dice que este lazo o vínculo no sólo persiste durante la infancia, sino que también presupone los modelos de interacción social que se suscitan a lo largo de la vida (Wilson, 2001). Sin embargo, conforme el niño va creciendo se espera que comience a separarse de los cuidadores. Con el fin de asimilar mejor este proceso recurre a objetos imaginarios o reales que le permitan sentirse seguro en su ambiente. El niño que logra mantener una relación segura con su cuidador será lo suficientemente confiado para separarse de éste y explorar el ambiente próximo reduciendo la ansiedad de exponerse a situaciones novedosas (Winnicott, 1965).

Por otro lado, el apego inseguro-evitativo se refiere a la incapacidad del niño para recurrir a su cuidador como fuente de confort para regular sensaciones negativas, estos niños tienden a evitar o ignorar al cuidador. Por último, el patrón de apego ambivalente se caracteriza por intentos inconsistentes y ambivalentes para recurrir al cuidador en caso de estrés.

De esta manera los niños que logran desarrollar una relación sensible y responsiva logran establecer un vínculo de apego seguro. Los niños separados de sus padres son menos propensos a desarrollar apego seguro que aquellos criados por sus padres (Hortacsu, Cesur, & Oral, 1993). En contraste, cuando la relación se deteriora puede

generar relaciones de rechazo y/o ansiedad. De acuerdo con la teoría del apego, estos patrones tienen efectos sobre las relaciones futuras o bien en el auto concepto del niño. No obstante, las experiencias posteriores parecen modificar el tipo de apego inicial (Rutter, 1988).

1.3.- Familia y Desarrollo del niño

En consecuencia a la estrecha relación que la familia tiene con el individuo no es de extrañarse que las características de la misma repercutan en el desarrollo de sus integrantes. De esta manera, la familia, como una unidad biopsicosocial, tiene mucho que ver en el logro de la salud de cada uno de sus componentes y la del grupo como tal. Es importante destacar que salud no se refiere exclusivamente a la salud física, sino a la salud integral. De acuerdo a la Organización Mundial de Salud el concepto de salud abarca calidad, armonía y “normalidad” en lo social, lo biológico, lo psicológico y lo espiritual.

El grado en que la familia impacta el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño se ha estudiado de dos formas. La primera es la ecológico-interactiva, la cual involucra mediciones globales del contexto como el nivel socioeconómico, académico o cultural. La segunda es la microsistémica interactiva, en la cual el análisis se centra en las variables que son exclusivamente interactivas entre los miembros del sistema familiar (Arranz, 2004). Ambos enfoques concuerdan en que una estructura familiar inexistente o inadecuada puede representar un factor de riesgo que anuncia el desarrollo de trastornos emocionales (Cuffe, Mckeown, Addy, & Garrison, 2005). La familia y las variables sociales parecen jugar un papel importante en el incremento del riesgo para el desarrollo o deterioro de trastornos psicológicos. De igual forma se ha asociado el funcionamiento de la familia con el desarrollo emocional del niño. En un estudio con 192 familias y 453 niños, se observó que los niños en familias con un solo cuidador

son más propensos a presentar problemas que los niños en familias con ambos padres (O'Connor, et al., 2000). Al respecto opinan algunos autores que la calidad del clima emocional familiar parece ser más importante que la misma estructura familiar (Cuffe, Mckeown, Addy, & Garrison, 2005). De este modo, si la familia no dispone de una estructura, organización o clima emocional adecuado, puede suscitarse daños considerables para el desarrollo de los integrantes. Un ambiente familiar cargado de conflictos interpersonales provoca déficit en el desarrollo emocional y genera distintos niveles de depresión y trastornos de ansiedad (Hansen, et al., 1998), especialmente si los padres sufren de ansiedad y/o depresión y si se producen conflictos y discordias en forma sostenida. Las experiencias familiares negativas pueden influir en la autopercepción del niño, en su capacidad de control emocional y conductual, y estas cogniciones pueden contribuir a que se desarrolle y mantenga la ansiedad (King, Mietz & Ollendick, 1995).

El funcionamiento o dinámica y la estructura familiar son factores que repercuten no sólo en el bienestar de los niños, sino que también en el bienestar de los demás integrantes. Por un lado, la exposición a conflictos y agresividad en la familia se ha vinculado con el aumento de síntomas interiorizados en el niño (Fergusson, et al., 1995). Por otra parte, se ha encontrado que una baja cohesión familiar se relaciona con el trastorno de depresión en los adultos (Kendler et al., 2002). Así mismo, se han propuesto relaciones significativas entre la genética del individuo, el funcionamiento familiar y la presencia de índices más altos de psicopatología. De acuerdo con Rice y colaboradores (2006), las consecuencias del conflicto familiar corresponden con el aumento de sintomatología de trastorno de depresión en niños y adolescentes con predisposición genética a la depresión. Así bien, algunos autores han propuesto que la genética influye sobre el mismo conflicto familiar (Plomin, et al., 1994). Está determinado por la genética o no, la exposición al conflicto familiar durante la niñez se

ha vinculado con un aumento de riesgo para los problemas emocionales en los niños, entre ellos la depresión (Kendler, et al., 2002).

Al describir la relevancia de la familia se comprende mejor la importancia que este grupo representa para el desarrollo de sus integrantes. Cuando no se dispone de una familia o bien, ésta no es funcional se pone en riesgo la salud de los integrantes. Existen instituciones dedicadas a cuidar y cubrir las necesidades de la población que se encuentre en esta situación. Este tipo de instituciones representan un considerable auxiliar para la protección de población en riesgo, como menores desamparados, personas de tercera edad, o personas con adicciones entre otras.

1.4.- Institución

Una institución como tal conforma un ámbito de la vida social en donde se imponen horarios, normas de trabajo, procedimientos de comunicación y de decisión, estatutos, roles y otras actividades recreativas, económicas, o culturales. La institución absorbe gran parte del tiempo y del interés de sus miembros, por tanto proporciona en cierto modo, un mundo propio y ajeno al externo.

Las instituciones por definición presentan regímenes o estructuras que determinan el tipo de relación entre los integrantes. Éstas pueden variar de acuerdo al propósito y/o al tipo de individuos que la integren. De acuerdo a este criterio, Goffman (1962) describe cinco tipos de instituciones:

- Instituciones establecidas para cuidar personas incapaces e inofensivas.
- Instituciones establecidas para cuidar persona incapaces y de amenaza involuntaria.
- Para proteger a la comunidad de lo que para ella constituye un peligro.
- Para cumplir una tarea y fin laboral.

- Instituciones para refugiados del mundo.

De acuerdo con el tipo de institución, se observarán en distinto grado determinadas características. Goffman (1962) menciona las características de la institucionalización totalitaria:

- Establece barreras que impidan el intercambio social con el mundo exterior.
- Es un tanto difícil abandonar la institución.
- Una misma autoridad coordina muchos aspectos de la vida en la institución.
- De alguna manera, los internos se ven obligados a vivir con sus compañeros de cuarto.
- Las autoridades coordinan cada una de las actividades de los internos.
- Con proporción cuidadores/internos excede el segundo grupo.
- Los internos tienen contacto restringido con el mundo exterior, mientras que el personal es parte de la sociedad externa.

1.5.- Instituciones para el cuidado de los niños

Las instituciones para el cuidado de los niños forman parte de las establecidas para cuidar personas, vulnerables, incapaces o inofensivas. El concepto para describir el servicio o atención a esta población ha experimentado tres momentos históricos fundamentales: la caridad, la beneficencia y la asistencia social. Primero como caridad, en la antigüedad los huérfanos o los “niños de nadie” eran acogidos por la amabilidad y bondad de otras personas e integrados a familias, monasterios o a familias de parientes. Posteriormente entre el siglo XIII y el siglo XIV los niños de “nadie” por beneficencia eran remitidos a hospitales o bien determinados a centros para cuidarlos. No obstante, debido a las condiciones pobres de cuidado, la mortalidad era muy elevada. Finalmente, este tipo de acciones se catalogó como asistencia

social, propiciando la formación de centros y organizaciones dedicados al cuidado y protección de esta población.

En lo referente a la asistencia social se integran las acciones encaminadas a proteger a grupos que, por razones sociales y/o físicas, representan población vulnerable a más factores de riesgo, como los niños que no disponen de una familia que los cuide, procure y proteja. Las instituciones que acogen a menores desamparados tienen la finalidad de brindar protección y cuidados hasta el momento que puedan resolver por ellos mismos sus necesidades. Por consiguiente, este tipo de instituciones tienen como objetivo el bienestar de los menores.

Una de las primeras instituciones para el cuidado infantil se estableció en Alemania en 1695, seguida por la primera casa para niños en Estados Unidos (Muscat & Spencer, 2000). A partir de este momento se comenzó hacer común el surgimiento de centros o instituciones enfocadas al cuidado de los menores desamparados. Años más tarde en la proclamación de los derechos del niño de Ginebra de 1968, se establece como ley y obligación que el huérfano y el abandonado tengan el derecho de ser acogidos. Se cita de la siguiente manera, “El niño deberá recibir en tiempo oportuno, por el descubrimiento y desarrollo de sus aptitudes personales una Institución correspondiente a sus posibilidades de manera que llegue a ser miembro responsable de la sociedad.” De esta manera, no sólo se vela por el bienestar del niño huérfano o abandonado, sino por todo aquél que se encuentre en situaciones desfavorables para su adecuado y feliz desarrollo.

Las instituciones de asistencia social para menores, como las casas hogar, presentan muchas de las características mencionadas. En el caso de las instituciones totales la mayoría de los aspectos de la vida del niño se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad y grupo de trabajadores. Los niños que viven en este tipo de

institución tienen contactos limitados con el mundo exterior, lo que no es el caso del personal, al terminar su jornada laboral se reincorpora a la vida en sociedad. No obstante, no todas las instituciones para menores representan áreas restringidas o totales, existen también instituciones, abiertas y semiabiertas. Esta clasificación se deriva del grado de actividades que se realizan dentro y fuera de las inmediaciones de la institución. Las ventajas de una institución abierta o semiabierta sobre la totalitaria es el hecho de que el menor cambia su cognición de interno, que puede significar encierro y represión (Sloutsky, 1997). Actualmente, se promueve y enfatiza la importancia de que las instituciones sean espacios semiabiertos, lo que permite el intercambio social de los niños con el exterior.

Bajo estos preceptos la sociedad ha hecho esfuerzos por proveer atención y cuidados a los niños que por razones culturales, políticas, sociales y/o económicas quedan desamparados y/o desprotegidos sin un cuidador que vele por su bienestar. Muchos de los niños que quedan desamparados o que no cuentan con los medios necesarios para su sano desarrollo, son acogidos por instituciones. Es en estos sitios en donde se procura brindar a estos niños las condiciones necesarias para que se desarrollen adecuadamente, hasta que tengan las habilidades necesarias para valerse por ellos mismos.

1.6.- Perspectiva Familiar en el entorno Institucionalizado

En un inicio el cuidado de los niños en las instituciones se enfocaba básicamente en satisfacer las necesidades primarias de, casa, vestido y alimento. A lo largo del tiempo, ha implementado cuidados no sólo para el bienestar físico, sino también para el desarrollo social y emocional. Por este motivo el enfoque tradicional de muchas instituciones se ha ido inclinando por la tendencia de brindar cuidados similares a los que se reciben en el seno familiar. De esta manera, se ha convenido que el objetivo

ideal con el cual debería de operar cualquier institución de asistencia infantil sea: que el niño se capacite técnicamente, al adquirir las habilidades, conocimientos y experiencias de la vida diaria que le permitan lograr autosuficiencia económica, social, psicológica y moral al momento de su egreso.

En la década de los años 50, se realizaron reformas en las instituciones destinadas a cuidar a niños desamparados. Entre estas reformas se propuso aumentar el número de cuidados destinados a cada grupo de niños (Frank & Klass, 1996). Las mejoras en el cuidado de los niños institucionalizados propiciaron beneficios en el desarrollo de los niños. Estos implementos o modificaciones en el entorno institucional se enfocaron a brindar a los niños un ambiente más parecido al familiar.

La perspectiva familiar en las instituciones se enfoca en el aumento de cuidadores, la clasificación de niños por grupos de edad, las actividades individualizadas, el trabajo en equipo del personal y evitar la rotación del personal. Básicamente, esta perspectiva brinda un mejor ambiente social, aunado a la inclusión de cuidado profesional sobre áreas del desarrollo. Estas medidas han ayudado a que el niño se desarrolle en un ambiente con más atenciones individualizadas, lo que propicia el aumento de contactos entre los niños y cuidadores. Este enfoque no sólo ha demostrado que reduce algunos de los efectos adversos de un entorno institucionalizado en el niño, sino que también reduce el nivel de ansiedad y depresión en el personal (Muhamedrahimov, et al., 2004). Al respecto, algunos cuidadores comentaron que se puede trabajar mejor cuando el número de niños es menor, si no se transfiere a los niños a partir de cierta edad, y si se les brinda mayor libertad de acción (Muhamedrahimov, et al., 2004). No obstante, a pesar de las contundentes mejoras que se han implementado en la crianza institucionalizada, aún existen vertientes que pueden impactar de forma negativa el desarrollo de estos niños.

1.7 Instituciones para el cuidado de la infancia en México.

En México las actividades encaminadas a proteger a los niños que así lo requieran se denominan asistencia social. Existen más de 6 mil organizaciones dedicadas a la asistencia social y cientos de instituciones de asistencia privada, así como decenas de fundaciones y empresas comprometidas con esta gran responsabilidad. Con el fin de que realmente se brinde el apoyo y la atención adecuada existen leyes o fundamentos que encuadran el marco de acción de éstas organizaciones.

En México la Ley de Asistencia Social de México, promulgada en 1986 y consecutivamente en 2004, crea una estructura de asistencia social que especifica claramente la población objetivo y las atribuciones y obligaciones por parte del Estado y la sociedad al respecto. Dicha ley, concibe a la Asistencia Social como, el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Con base en el artículo 4° de esta ley, son sujetos de asistencia todas las niñas, niños (hasta los 12 años incompletos) y adolescentes (entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos), en especial, aquéllos que se encuentran en situación de riesgo o afectados por desnutrición, deficiencias en su estado físico o mental o cuando éste sea afectado por condiciones familiares adversas como maltrato o abuso, abandono, ausencia o irresponsabilidad de progenitores en el cumplimiento o garantía de sus derechos; ser víctima de cualquier tipo de explotación, vivir en la calle, ser víctima del tráfico de personas, la pornografía o el comercio sexual; trabajar en condiciones que afecten su desarrollo e integridad física y mental; infractores o víctimas del delito; ser hijos de padres que padezcan enfermedades terminales o en condiciones de extrema

pobreza; ser emigrantes y repatriados y ser víctimas de conflictos armados y de persecución étnica o religiosa. Con base a lo anterior se entiende que la vulnerabilidad es una condición de riesgo que padece el niño, resultado de la acumulación de desventajas sociales, de manera que esa situación impide que ellos mismos superen esas condiciones y queden limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo.

Existe pues un gran reto derivado del número de niños que requieren de asistencia social. Conforme al artículo 53, fracción III de la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, las instituciones de asistencia privada, a través de sus patronos, están obligadas a "Guardar y hacer que se guarde el orden en los establecimientos dependientes de las instituciones y vigilar que no se contravengan los reglamentos sanitarios y de policía. Siendo por lo tanto, una obligación legal de los administradores de las referidas instituciones, de una función asistencial predominantemente prestada a niños y adolescentes."

Teniendo en cuenta que la familia funcional es el mejor lugar para que se desarrollen los niños, los esfuerzos por cuidar a la infancia se han encaminado al buen funcionamiento de la familia. Brindarle al niño desamparado una familia funcional lo coloca en una situación ventajosa en donde no requiere de asistencia social. Por esta razón, en el contexto nacional la Ley de Asistencia Social dispone, como una de las principales responsabilidades del gobierno, la atención a las familias, sobretodo a aquéllas que requieren de servicios especializados para su protección y su plena integración al desarrollo (DIF, 2006).

En México la institución oficial encargada del bienestar de la familia es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). El DIF Nacional es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio,

creado por decreto el 13 de enero de 1977, como resultado de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) con el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN). De acuerdo con el artículo 5 de la Ley de Asistencia Social de 2004, le corresponde proporcionar “servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia, entendida como la célula de la sociedad que provee a sus miembros de elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo, y también al apoyo de su formación y subsistencia a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma”.

El Sistema Nacional DIF es la principal institución asistencial con mayor presencia en el territorio nacional encargada de la atención de los niños desamparados. Las acciones del DIF y la nueva visión de la asistencia social del gobierno sitúan a la familia como el eje de sus estrategias. La misión de esta organización es conducir las políticas públicas de asistencia social que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, para combatir las causas y efectos de la vulnerabilidad en coordinación con los sistemas DIF estatales y municipales e instituciones públicas y privadas, con el fin de generar capital social. Los principales objetivos del DIF son la prevención, la corresponsabilidad y la profesionalización de los servicios asistenciales. El objetivo de dichas estrategias es disminuir cada vez más la asistencia y vulnerabilidad procurando el fortalecimiento de la familia.

De acuerdo con el Congreso de 1985 celebrado por el DIF se estableció que en cualquier institución de asistencia infantil debe de haber un clima de aceptación y afecto, en donde los niños puedan adquirir confianza en ellos mismos y en los demás, autoestima, conciencia de ellos mismos y de los demás. Se expone además que es posible lograr estos objetivos cuando se atiende al niño en forma organizada y armónica, para que no se desintegre o desoriente. Se aconseja, que las instituciones para el cuidado infantil se manejen de una forma semiabierta. De este modo, los

residentes tienen la posibilidad de salir de la casa a realizar actividades cotidianas como la formación académica (ir a la escuela) y actividades recreativas, como ir al cine o salir de vacaciones.

En México, la institución que provee asistencia social al los niños de 6 a 12 años se le conoce como: casa hogar. Básicamente, hay tres tipos de casa hogar, 1) para niños con capacidades mentales y físicas normales, 2) para niños con capacidades físicas especiales, 3) para niños sin problemas físicos o mentales graves. Entre los programas del DIF enfocados a proteger y promover el bienestar de los menores se encuentran: Promoción de los Derechos de la Niñez, Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC) y Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI), Atención a la Salud del Niño, Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, Prevención y Riesgos Psicosociales, Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal, Atención a Menores Migrantes y Fronterizos, Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil (ESCI), Atención de las Niñas, Niños y Jóvenes en Situación de Calle: “De la Calle a la Vida”, Desayunos Escolares, Atención a Menores de 5 años en riesgo, no escolarizados.

Sea privada o pública cada institución debe contar con un reglamento interno claro, definido y preciso con los derechos y obligaciones de sus miembros; un horario de las actividades por realizar durante el día; procurar que los niños tengan un desarrollo adecuado en lo físico e intelectual que los conduzca por senderos de progreso y bienestar; y normas de conducta justas que propicien un ambiente de paz, orden y seguridad. Desafortunadamente, la carencia de datos y publicaciones, así como la falta de comunicación interinstitucional incita que cada institución experimente y determine su propio sistema educativo y formativo, desperdiciando esfuerzo, equipo humano y lo más importante, descuidando el bienestar de los menores.

A pesar de las consideraciones que se toman para procurar un entorno familiar a los niños institucionalizados existen importantes diferencias entre la familia y la institución. Diferencias que podrían llegar a mermar o afectar el sano desarrollo de los niños.

1.8- Diferencias entre Familia e Institución.

Una vez revisadas las características de la familia y la Institución es posible percatarse que existen ciertas similitudes, pero también diferencias intrínsecas. Debido a la función y elementos por las cuales se conforman podemos decir que la familia y la institución representan sistemas de interacción social. En este caso por sistema se entiende cualquier entidad abstracta o concreta, constituida por partes interdependientes. Lo que se refiere a interacción social se entiende como la presentación de los elementos que integran al sistema por la actividad del hombre y para el hombre.

La familia, vista desde el enfoque sistémico, es un sistema abierto y una entidad dinámica que está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. Es decir, recibe y envía información desde y hacia el medio extrafamiliar o, bien, recibe presión del exterior originada por los requerimientos que le demanda el contexto socio-histórico para acomodarse a las instituciones sociales. Al mismo tiempo, se encuentra sometida a presión interna provocada por la evolución de sus propios miembros y subsistemas. Por ello, como se mencionó anteriormente, la familia como grupo siempre ha sufrido cambios que guardan cierta correspondencia con las modificaciones que suceden en la sociedad a la que pertenece y de la cual forma parte. Sus funciones, en lo interno, son la protección psicosocial de sus miembros y, en lo externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura (Minuchin, 1994).

En lo que respecta a la institución es posible percatarse que dispone, si no de todos, de muchos de los aspectos que involucrados en una familia como sistema. No obstante, es atinado aclarar que aunque compartan similitudes como sistemas de interacción social, presenta diferencias de tipo cualitativo. En cuanto a la globalidad y organización de los sistemas, la familia es un sistema abierto de complejos, integrado en su conjunto, con patrones organizados de interacción. La familia como sistema abierto es un espacio en donde cada uno de los integrantes participa en distintas actividades en otros contextos. En estas actividades cada elemento desempeña un rol distinto de acuerdo al contexto en el que se encuentre. En el ambiente familiar se observa que los cuidadores combinan los roles de proveer, limpiar, y cocinar entre otros, y pueden recibir ayuda de los niños. En contraste, el personal de la institución desempeña roles actividades laborales claramente definidas (Sloutsky, 1997). Por otra parte, la organización es un factor presente, tanto en la familia como en la institución, sin embargo en la institución es más definida, rígida y establecida por las autoridades.

Independientemente de que sea abierto o cerrado, el entorno de los niños institucionalizados se caracteriza por cierto grado de aislamiento social, escasa exposición a diversa interacción social, a diversas respuestas humanas, falta de lazos emocionales fuertes con adultos y pares, y falta de autoridades adultas disponibles. El ambiente social empobrecido y la intermitencia de los cuidadores conlleva a la exposición del niño a un déficit de reciprocidad (Muhamedrahimov, et al., 2004). De acuerdo a Sloutsky (1997), estas condiciones resultan perjudiciales para el desarrollo cognitivo, de habilidades sociales, entendimiento de las emociones de los demás e independencia de los adultos. Se ha observado que muchas veces el entorno institucionalizado no permite en los niños la flexibilidad y reciprocidad de una interacción con los cuidadores, requerimiento esencial para un desarrollo emocional adecuado (Frank, Klass, & Perri, 1996). Algunos de los elementos adversos que se

suman a esta condición son la escasa responsabilidad e interés de los cuidadores hacia los niños (Rutter, 1984).

En cada sistema existe una relación o engranaje entre los elementos, de esta forma, se dice que los elementos de un sistema presentan interdependencia. En la familia, la movilidad de los integrantes altera la continuidad del sistema. En cambio en la institución es común la movilidad de los elementos sin que ésta altere su continuidad o funcionamiento. Así mismo, en familia, la dependencia de los elementos hace únicos a los integrantes, mientras que en la institución la posibilidad de sustituir a cualquiera de los integrantes es más viable y necesaria, condiciones que incrementan la sustitución de los integrantes.

La relación o interdependencia de los elementos que se suscita en la familia y en las instituciones presenta coherencia y continuidad. Coherencia a través de los contextos y estabilidad a través de las transformaciones. De esta manera, los individuos aprenden o representan sus relaciones de acuerdo a las experiencias propias. Sin embargo, en la familia la coherencia del sistema interno del individuo sobre las relaciones permite predecir respuestas en situaciones nuevas (continuidad), mientras que en la institución a veces se llevan a cabo decisiones un tanto inesperadas para los integrantes.

Para que un sistema pueda permanecer relativamente estable es necesario que disponga de determinada flexibilidad para el cambio. Por ello, la familia es una estructura cambiante que se autorregula, sin embargo los patrones de interacción familiar son estables, si permiten solucionar las exigencias que se le plantean a la familia. La institución también es un sistema cambiante no obstante sus cambios son más de origen administrativo. Los cambios que se manifiestan en la institución se

enfocan sobre el bien del sistema mismo, mientras que en la familia a veces se enfocan en el bienestar de un solo elemento.

Por otra parte, la institución y la familia están compuestas por subsistemas o subgrupos. Por subsistema se suele entender el grupo de padres, abuelos, hermanos o en caso de la institución compañeros de cuarto, cuidadores, personal, etc. Cada uno de los subsistemas tiene y dispone de límites y reglas propias. De esta forma, un individuo de la familia o institución puede formar parte de varios subsistemas. Los subsistemas se encuentran delimitados por límites impuestos, ya sea por jerarquías, pautas de conducta o bien las propias reglas del sistema. En la familia las interacciones entre los subgrupos están reguladas y delimitadas por comportamientos y reglas implícitas. En cambio, en la institución la autoridad es quien se encarga de establecer y presentar claramente las reglas a los menores. Otra eminente diferencia en este aspecto es la calidad de las relaciones que existe entre los subgrupos. En la familia la relación entre los integrantes suele ser más duradera y significativa que en el ambiente institucionalizado.

Otra diferencia es que la familia está basada en un sistema de ayuda y soporte mientras que en las instituciones los cuidadores se rigen por un sistema de relaciones laborales (Sloutsky, 1997). En el ambiente familiar cada miembro aporta para el bienestar del sistema, mientras que en la institución la meta de los cuidadores algunas veces se limita a cumplir con una jornada laboral. Según Rutter (1988), aun los niños que viven muchas horas fuera de su hogar logran desarrollar fuertes lazos con sus cuidadores biológicos, a diferencia de los niños institucionalizados con los cuidadores. Probablemente esto se debe a que en comparación con la madre, el personal que cuida a los niños es menos expresivo verbalmente, muestra menos emociones y socialización, es menos sensible, brinda menos estimulación y muchas veces rechaza al niño (Muhamedrahimov, et al., 2004). Se ha observado que, aún con una proporción

de 3 niños por cuidador, se llega a presentar un retraso leve en el desarrollo de los niños institucionalizados en comparación con sus pares, de bajos recursos y criados en un ambiente familiar (Hansen, 1971). De acuerdo con Spitz (1945), ni el cuidador más experimentado puede sustituir el grado de interacción y reciprocidad que suele desarrollarse con la madre.

Por otra parte, las observaciones en la institución, en cuanto a la estabilidad, consistencia, sensibilidad y disponibilidad emocional del trato han sugerido que el personal centra su atención en el cuidado médico, académico y a la rutina del cuidado diario (Muhamedrahimov, et al., 2004). La familia, además de considerar estas áreas, procura y está pendiente de las necesidades emocionales y sociales del niño. Esta diferencia puede ser resultado de las reglas o normas de algunas instituciones para no encariñarse o establecer relaciones estrechas con los niños (Sloutsky, 1997). Otra posible explicación es el grado o tiempo de interacción que se suscita entre los niños y sus cuidadores. De acuerdo Frances y colaboradores (1991), el grado de interacciones con adultos en niños de familias es de 7.49 mientras que lo niños en orfanatos es de 2.43. Esto, se debe en cierta medida, a que la proporción de cuidadores por niño en la familia es de 1 por cada 1.3 niños mientras que en la institución es de un cuidador por cada ocho niños. La correlación que se ha presentado entre proporción de cuidadores-niños e interacción ha sido de -0.60 . Otra diferencia radical es que en las instituciones predominan los cuidadores de sexo femenino mientras que en la familia es común una proporción equitativa (Muscat & Spencer, 2000). Esto se debe a que en muchas instituciones, ya sea por temor al abuso sexual, por tradición o elección laboral los cuidadores son mujeres lo que delimita la posibilidad de relaciones con adultos varones.

Finalmente, es importante examinar el objetivo que se plantea tanto el sistema familiar como el sistema institucional. El objetivo del sistema familiar como especie es la

sobre-vivencia, ajuste personal y adaptación de sus miembros al entorno social. La familia asume una función de apoyo fundamental a lo largo del ciclo vital para facilitar independencia de sus miembros en la primera mitad de su vida. Por otro lado, el objetivo de la familia, como unidad psicosocial, es servir de soporte para sus miembros, proporcionar los medios necesarios para la subsistencia y brindar el clima emocional y afectivo que organiza y estructura al niño. De acuerdo a la visión familiar de las instituciones se plantean los mismos objetivos para los niños en el entorno institucionalizado. Sin embargo, en muchas instituciones el objetivo gira en torno a la institución misma, al reconocer las necesidades básicas del niño, pero algunas veces deja un tanto marginadas las necesidades afectivas y sociales (Frank, et al., 1996).

A pesar de que la familia puede considerarse como una institución, presenta diferencias sustanciales con respecto a la Institución que pretende ser una familia para los niños. Sea la estructura, organización, cohesión o funcionamiento de la familia, el ambiente que se experimenta en un entorno familiar dista del que se vive en una institución. El contexto en el que se desenvuelven los niños institucionalizados difiere al de la familia en organización y en los roles que desempeñan cada uno de los integrantes. Los roles difieren primordialmente, ya que para el personal cuidar a los niños es un trabajo, y los niños de alguna u otra manera están recluidos en la institución (Sloutsky, 1997). A pesar de los esfuerzos que se han realizado por ofrecer mejores oportunidades a los menores institucionalizados, aún persisten diferencias entre la familia e institución. Estas diferencias a veces más cualitativas que cuantitativas, podrían impactar de forma negativa el desarrollo de los menores.

Siendo la familia el primer grupo social en el cual el individuo se desenvuelve es evidente el impacto que representa sobre sus integrantes. En ausencia de la familia la institución procura sustituir las funciones de la misma. Puede entonces decirse que el hecho de la privación de una familia se traduce en una diferencia fundamental entre

los niños institucionalizados y los niños con entorno familiar. No obstante, la institución puede resultar un ambiente más conveniente para el niño que una familia disfuncional que empobrezca, entorpezca o ponga en riesgo el desarrollo sano del niño (Cuffe, et al., 2005). Por ende, la institución representa una valiosa alternativa para el niño que no disfruta de un ambiente familiar adecuado, ya sea por ausencia o por la imposibilidad de ésta para brindarle el cuidado y atención necesaria. Si bien es cierto que generalmente la institución logra algunos de los propósitos de la familia, como la supervivencia de los niños, también es innegable mencionar que existen limitantes o áreas que difícilmente se logran cubrir.

2-. Impacto del entorno institucionalizado en los niños.

Una vez expuestas las características que se viven en la institución se planteará como las condiciones de este entorno pueden significar un medio propicio para la aparición de trastornos de ansiedad y depresión en los niños.

Los datos de investigación resultan contundentes, a pesar de las posibles diferencias culturales, o bien de las características de las instituciones. Los resultados destacan que el entorno institucionalizado suele afectar en diversas áreas del desarrollo del niño. Se ha propuesto que los niños que crecen en instituciones suelen desarrollar problemas psicológicos, desarrollo y cognitivos, en comparación de sus pares que crecen en un ambiente familiar (Wolkind & Rushton, 1994). Por ende es evidente la necesidad de cuidados especializados en esta población.

Es necesario reconocer que en los últimos años se han hecho atinadas mejoras en el entorno institucionalizado con la finalidad de brindar cuidados más adecuados a los niños. La mayoría de estas consideraciones han beneficiado fundamentalmente al desarrollo físico del menor. No obstante, las diferencias inherentes del entorno institucionalizado frente al entorno familiar, podrían contribuir a la aparición de problemas psicológicos en los niños (Ellis, et al., 2004; Roy, et al., 2000; Chugani, et al., 2001). Así bien, la historia familiar, la separación abrupta del niño con sus padres, el motivo de ésta y la dificultad de desarrollar apego seguro, pueden incitar el desarrollo de trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad (Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998; Haskett & Kistner, 1991; Parker & Herrera, 1996). Por esta razón, resulta imprescindible explorar la presencia de estos trastornos en los niños institucionalizados.

2.1-. Modelos de Impacto.

Han surgido diversas explicaciones relacionadas con los efectos del entorno institucionalizado. De acuerdo con la perspectiva de privación materna, lo que más impacta a los niños es la separación abrupta de su madre o bien de sus cuidadores primarios (Bowlby, 1989; Goldfarb, 1945; Provence & Lipton, 1962; Spitz, 1945). Esta ruptura afecta negativamente al lazo emocional entre el niño y el cuidador primario, lo que evita la formación de un apego seguro. Se argumenta que esta separación fomenta la formación de alteraciones en el tipo de apego. Atribuyen primordialmente el daño emocional a la separación de la madre o cuidador primario durante los primeros dos años de vida. De acuerdo con esta perspectiva, más allá de este periodo crítico la institucionalización no repercutiría considerablemente en el desarrollo de los niños. Por otra parte, Casler (1961) ha propuesto que los efectos no sólo se deben a la ruptura de lazo emocional, sino que también están vinculados al motivo de la separación y a la calidad de la estimulación cognitiva del ambiente. Esta perspectiva propone que el entorno institucionalizado impacta al desarrollo del niño. Sin embargo, no lo relaciona con la edad de ingreso o el tiempo de institucionalización. En contraste, algunos autores afirman que si el tiempo es importante en el desarrollo en condiciones familiares, lo será en condiciones institucionalizadas (Wohlwill, 1973). Posteriormente Rutter (1988) continuó con el debate al dar mayor importancia o énfasis al empobrecido ambiente que se vive en las instituciones (Tizard & Hodges, 1977; Tizard & Rees, 1974).

El modelo teórico contextualista considera que el ambiente o contexto en el cual se desarrolla el humano se suscita en sistemas multifactoriales. Bajo este esquema se propone una constante interacción entre el desarrollo del individuo y los elementos del macrosistema. Esta interacción fluctúa y relaciona cada uno de los elementos del sistema, que en conjunto afectan de manera significativa el desarrollo del hombre. De esta manera, la perspectiva contextualista presupone que el desarrollo humano se

vincula estrechamente con los espacios próximos, como el hogar o la escuela, y los macrosistemas como la cultura. Con base a esta perspectiva, se puede suponer que la modificación o alteración de factores en el ambiente provoca efectos en el curso normal del desarrollo del niño. Así bien, el concepto de ecosistema (Bronfenbrenner, 1979) postula que la conducta individual se puede explicar mejor, si se comprende el contexto ambiental en el que se presenta. En este sentido, el ambiente humano es en extremo complejo pues incluye dimensiones físicas, estructuras sociales, económicas y políticas. De acuerdo con esta teoría, las diferencias en el desarrollo de los niños que viven con sus familias y aquellos que viven en una casa hogar o institución son altamente probables. Por otro lado, en la medida en la que se aplica el materialismo al proceso de desarrollo éste adopta un enfoque contextual y evolutivo. Al respecto se ha propuesto que el individuo es producto de su propia historia interactiva, no sólo socializa, sino que se individualiza a través de la interacción social (Arranz, 2004). Así mismo, Arranz (2004) incorpora la importancia de la genética en la relación de naturaleza-nutritura. De acuerdo con este autor, esta relación puede ser pasiva, reactiva y activa. En la pasiva, tanto el cuidador como el niño comparten genes y ambiente, por lo cual resulta difícil atribuir a uno u otro la influencia de determinado comportamiento. La influencia reactiva se refiere a los comportamientos de los cuidadores evocados por características genéticas de los niños. Finalmente, la interacción activa se entiende como la propensión o tendencia del sujeto por elegir los ambientes propicios para desarrollar sus predisposiciones genéticas.

Un tercer enfoque que permite integrar las perspectivas anteriores es la Teoría Conductual de Sistemas, la cual aborda el estudio científico de los cambios del comportamiento y de sus relaciones con el entorno (Novak, 1998). De acuerdo con la perspectiva mencionada podría inferirse que diversos factores del entorno institucionalizado afectan determinados aspectos del desarrollo del niño encaminado al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión. Al observar como el entorno afecta

en diversas esferas del desarrollo de los niños nos brinda un panorama más completo de los elementos que podrían influir en el desarrollo de la psicopatología en los niños institucionalizados. Con base a estas propuestas, podría suponerse que la combinación de elementos que se presentan en el entorno institucionalizado hace de éste un ambiente propicio para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

La certeza de los efectos de las instituciones en los niños es evidente, sin embargo se han planteado dos hipótesis en cuanto a la gravedad y permanencia de los efectos. Una de estas posturas afirma que los efectos del entorno institucionalizado en el niño son inherentes a la institucionalización y con repercusiones a largo plazo (Bowlby, 1989; Goldfarb, 1955; Spitz, 1945). La otra postura, menos conservadora, propone que el impacto del entorno institucionalizado sobre el desarrollo humano es remediable (Tizard, et al., 1972; Tizard & Rees, 1974), de corta duración (Maas, 1963), y que puede mejorar mediante intervención (Hunt, et al., 1976). Ambas perspectivas convergen en que es posible atribuir las consecuencias a factores emocionales y cognitivos.

En cuanto a la permanencia de efectos negativos, se ha encontrado que ciertos problemas persisten o se exacerban en el menor, aún cuando ya no se encuentre en la institución. Saltz (1973) ha mencionado que el déficit en las habilidades verbales y los problemas académicos encontrados en los niños con crianza institucionalizada, persiste durante la niñez y la adolescencia. En los últimos años se han realizado diversas investigaciones con niños institucionalizados, posteriormente adoptados. Los resultados permiten indagar sobre el impacto y permanencia de las consecuencias del entorno institucionalizado en los niños. Entre estos estudios se encuentran los realizados con miles de niños rumanos adoptados alrededor del mundo. En un estudio con 124 niños rumanos, Kadlec y Cermak (2002) encontraron que aún después de la adopción, los niños mostraban problemas en su nivel de actividad, organización,

sociales y emocionales en comparación con niños que nunca habían vivido en instituciones. Por su parte, MacLean (2003) ha aclarado que el impacto del entorno institucionalizado depende en gran medida de los factores protectores y de riesgo en el ambiente post institucional. Aunque la institucionalización pueda representar un factor de riesgo para diversas áreas del desarrollo, no necesariamente desemboca en psicopatología. Se ha comprobado que muchas de las consecuencias negativas pueden evitarse o bien revertirse, al mejorar las condiciones de la institución (Kahan, 1993; Wolkind & Rushton, 1994). No obstante, aún en condiciones adecuadas, se ha encontrado que el ambiente institucionalizado puede acarrear consecuencias dañinas para el desarrollo físico, intelectual, y socio-emocional del niño (Dennos & Najarian, 1957).

A mediados del siglo XX diversos estudios mostraron que el entorno institucionalizado podría afectar el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo del niño (Bowlby, 1989; Goldfarb, 1945; Spitz, 1945). Spitz (1945) fue uno de los primeros en investigar los efectos que tiene el entorno institucionalizado en el niño. Estudió niños que después de la separación de sus familias ingresaron a un orfanato. Los resultados demostraron que el entorno institucionalizado tenía consecuencias negativas considerables en el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional del niño. Estos resultados han despertado controversias sobre el grado en que la institucionalización pueda afectar el desarrollo de los niños.

Diversos estudios han enfatizado que las consecuencias reales en los niños institucionalizados se relacionan con determinados factores. Factores tales como la edad de ingreso, el grado y duración de la privación, la proporción de niños por cuidador y el motivo de ingreso (Sloutsky, 1997; Thompson, 2001). Algunas investigaciones sugieren que el tiempo de institucionalización es uno de los predictores de retraso del desarrollo y los problemas de salud mental (Weitzman,

2003). Chisholm (1998) encontró que cuando la estancia es menor a 6 meses los niños no muestran estragos en el desarrollo. No obstante, si el tiempo de institucionalización excede a este periodo, el tiempo se relaciona linealmente con retrasos en el crecimiento físico (Johnson, 2000; Rutter, et al., 1988). De acuerdo con Johnson (2000), cada tres meses en la institución representan un mes en condiciones normales.

El tiempo de institucionalización se ha relacionado con el grado de aparición de conductas de trastornos del apego (Chisholm, 1998; O'Connor, et al., 2000). Chisholm (1998) observó que después de ocho meses de institucionalización los niños mostraban más signos de apego inseguro. Por su parte, O'Connor et al. (2000) han propuesto una relación directa entre el tiempo de institucionalización y trastornos en el apego, y han descrito a los niños institucionalizados como socialmente indiferentes.

En cuanto a los estragos en el comportamiento social, se ha observado que a mayor tiempo de institucionalización más deficientes son las habilidades sociales y hay más conflictos en las interacciones sociales (Thompson, 2001). De acuerdo con Saltz (1973), los niños que ingresan a edades más tempranas y por periodos más largos presentan un déficit mayor en sus habilidades verbales y más problemas académicos. Aunado a estos resultados, Kadlec y Cermak (2002) encontraron, en grupo de niños adoptados, que el tiempo de haber residido en la institución presenta una relación directamente proporcional a los problemas de organización, en los niveles de actividad, sociales y emocionales. Existe una relación entre el tiempo de institucionalización, la edad de ingreso y la identificación de emociones. En la medida en la que permanezcan más tiempo en la institución, menos emociones serán capaces de identificar (Sloutsky, 1997). No obstante, se calcula que si se da en adopción a los niños antes de los seis meses, estas dificultades se reducen significativamente (Thompson, 2001).

De la evaluación y comparación de niños Etíopes de entre 5 y 14 años con entorno institucionalizado y niños de una población “normal” respecto a medidas intelectuales, sociales, y de nutrición, se concluyó que las diferencias entre los grupos son pequeñas. Inclusive los niños que entraron con más edad a la institución obtuvieron puntajes más bajos en comparación a los que habían ingresado desde pequeños (Frances, Mesfin, Alem, & Abdulaziz 1991). En cuanto a la autoestima los niños del orfanato mostraron puntajes similares o más altos que los niños del grupo control. Cabe mencionar que las condiciones sociales prevalecientes en ese entonces eran de hambruna (1989), situación que pudo haber afectado más a los niños criados en familia. No obstante, en cuanto a las relaciones con adultos, los niños con entorno institucionalizado del orfanato manifestaban menor acercamiento y relaciones más débiles con los adultos.

Respecto al funcionamiento orgánico del individuo y el tiempo de institucionalización, un estudio con niños adoptados de Rumania relacionó el tiempo de institucionalización con los niveles de cortisol. Después de seis años y medio de la adopción se encontró que los niños que habían permanecido por más de 6 años en la institución presentaban niveles más altos de cortisol, que los niños que habían permanecido menos de seis meses (Gunnar, et al., 2001). Los autores atribuyen estas diferencias a las interacciones padre-niños y al grado de estrés.

Por otra parte, el ambiente social empobrecido y la intermitencia de los cuidadores expone al niño a un déficit de reciprocidad (Muhamedrahimov, et al., 2004). De acuerdo a Tizard, (1978) a mayor el número de niños por cuidador mayor la presencia de problemas sociales, emocionales, y de apego con los adultos. Se ha encontrado que una relación de cuidadores desproporcionada con respecto al número de niños da como resultado una estimulación deficiente y cuidados inadecuados (Dennos &

Najarian, 1973;). Se ha descrito que una inadecuada distribución de los cuidadores puede propiciar el desarrollo de psicopatología infantil (Mesman & Koot, 2000). Algunos otros factores que se relacionan son: un ambiente pobre, conflictos familiares, y apoyo materno carente o inexistente (Leech, Larkby, Day, & Day, 2006). No obstante, se ha observado que ser el consentido del cuidador se vincula con la disminución de problemas sociales, emocionales y con ausencia de trastorno de apego (Zeanah, Dumitrescu, & Zeanah, 2002).

Podría suponerse que la carencia de un cuidador estable primario afecta al lazo que los niños mantienen con sus cuidadores. Para que un niño se desarrolle adecuadamente es necesaria la relación continua y recíproca con una figura primaria de apego (Bowlby, 1989). Situación que, por la naturaleza del cuidado institucional, resulta un tanto complicada o inalcanzable. Diversos estudios han señalado que los infantes que residen en instituciones desarrollan dificultades para establecer apego (Hodges & Tizard, 1989; Tizard & Rees, 1975). Estas mismas dificultades se han encontrado en niños que han sufrido o sufren de maltrato físico (Zeanah, et al., 1993; Zeanah, et al., 2002). Entre los trastornos relacionados con el apego más frecuentes en niños institucionalizados está el trastorno de apego reactivo (Zeanah, Charles, Smyke, & Dumitrescu, 2002).

2.2 Apego e institucionalización.

Una de las asunciones básicas de la teoría del apego es que la calidad de la relación del niño con su cuidador influye en su salud psicológica. Parece que las variables relacionadas con la interacción entre la madre y el hijo son fundamentales para que el desarrollo sea normal (Osuna & Herruzo, 2000).

De acuerdo con el Comité de la Organización Mundial de Salud (1997), la constancia en las relaciones con los cuidadores primarios es importante, especialmente en los primeros años de vida. Los niños que están bajo más riesgo son aquellos que experimentan cambios múltiples de cuidadores o viven en instituciones con muchos cuidadores, pero sin tener una relación especial con alguno. La teoría del apego manifiesta que la calidad de las experiencias del niño con el cuidador puede predecir el tipo de apego que se desarrolle a futuro. En comparación con niños criados en ambientes familiares, los niños criados en instituciones presentan menos posibilidades de desarrollar apego selectivo. Esto se debe, en parte, a la rotación de turnos del personal, y a que éstos suelen estar a cargo de un elevado número de niños (Johnson, 2000; Muhamedrahimov, 2000). Cuando estos factores se combinan con los reglamentos y parámetros de algunas instituciones da como resultado un mayor obstáculo que entorpece una adecuada atención de las necesidades afectivas del menor.

En México, muchos de los niños que residen en las casas hogar provienen de una familia. Por lo que la mayoría de ellos contaba con sus respectivos cuidadores, pero usualmente en situaciones familiares vulnerables. Muchos de estos niños fueron víctimas de privaciones, violencia familiar, abuso físico y/o psicológico y abandono. Algunos autores proponen que los niños que han sufrido cualquier tipo de maltrato es más probable que se clasifiquen en las categorías de apego inseguro que niños de su misma procedencia social que no lo han sufrido (Lamb, et al., 1985).

Desde el momento del ingreso del niño a la institución, suele precipitarse la ruptura del lazo con sus padres o cuidadores, cambia por completo de cuidadores y de la dinámica familiar a la que está acostumbrado. Una vez establecido en su nuevo hogar, los cuidadores, apoyados por especialistas, procuran ofrecer un ambiente más adecuado para el desarrollo del menor. Aunado a la ruptura o separación, el menor se

enfrenta a la necesidad de adaptarse al nuevo medio al que llamará hogar. Esta separación constituye, en la mayoría de los casos, una situación estresante para el menor. Se ha corroborado que aún las separaciones breves provocan en los niños sentimientos y conductas relacionadas con la ansiedad (Hernández-Guzmán, Soto, & Soria, 1990). De esta forma, es posible esperar un mayor impacto cuando la separación es definitiva o por periodos prolongados.

Las instituciones dedicadas al cuidado infantil suelen presentar diversos factores de riesgo, tales como baja reciprocidad de los cuidadores, cuidadores insuficientes e inestables y atención que en algunos casos dista de ser individualizada. Se ha indicado que la interacción niño-cuidador en el ambiente institucionalizado se caracteriza por comunicación y estimulación infantil parcas, un estilo educativo despreocupado y no exigente y por un rechazo o falta de respuesta a sus necesidades (Osuna & Herruzo, 2000). Se ha observado que las relaciones de padres e hijos que son conflictivas y que no ofrecen soporte o apoyo contribuyen a la depresión en los niños y en los adolescentes (Millikan, Wamboldt, & Bihun, 2002).

Ya sea por razones laborales o personales, las instituciones se ven obligadas a realizar permutas en cualquier momento que así se requiera. La ausencia de figuras de apego estables dificultan que el niño adquiriera confianza básica, que aprenda las habilidades para la comunicación íntima y social en general, que obtenga conocimiento social, normas interiorizadas, etc. Estas consecuencias podrían explicarse en términos de la carencia de condiciones sociales que al niño permitan sentirse seguro y aprender las habilidades propias de la competencia social. Aunada a esta situación el número de niños excede en gran medida el de los cuidadores, correspondiéndole a cada cuidador muchos niños. Dicho fenómeno produce importantes estragos en la relación que el niño mantiene con los adultos encargados de cuidarle. También se dificulta la posibilidad de desarrollar un apego selectivo

debido a la rotación de cuidadores por turnos (Zeanah, Smyke, & Dumitrescu, 2002). De este modo, es posible asegurar que los niños con entorno institucionalizado se hallan en mayor riesgo de presentar problemas de apego, ya que experimentan múltiples cambios de figuras paternas con una baja o nula responsabilidad directa hacia un niño en específico.

Los problemas de apego que destacan en los niños con entorno institucionalizado se han descrito más en cuanto a la selectividad en acercamientos sociales y en búsqueda de confort, que en cuanto a la ansiedad o resistencia (Chisholm, 1998; O'Connor, et al., 2003). Más que un problema de apego, se le ha considerado como el resultado de una interpretación deficiente de señales sociales, y una percepción defectuosa de las barreras sociales (Roy, Rutter, & Pickles, 2004). Dadas estas características se ha vinculado los problemas de apego con el comportamiento indiscriminado. A pesar de la relación entre estos dos problemas, es posible distinguir diferencias. En los estudios de rumanos se había visto que el comportamiento indiscriminado no corresponde precisamente con el apego seguro o inseguro (Roy, Rutter, & Pickles, 2004). Hay datos que indican que el comportamiento indiscriminado puede presentarse de forma independiente a los trastornos de apego (O'Connor, et al., 2000; Zeanah, et al., 2000).

Diversos estudios han señalado que los infantes que residen en instituciones desarrollan dificultades para establecer un tipo de apego adecuado (Hodges & Tizard, 1989; Tizard & Rees, 1975). Se ha contemplado que el entorno institucionalizado dificulta o entorpece el desarrollo del apego seguro (Rutter, 1988). Estudios correlacionales han señalado que los individuos con patrones de apego inseguro tienden a referir menos satisfacción, más conflictos en sus relaciones personales, auto concepto negativo y crítico, y son más propensos a desarrollar depresión (Brewin, Fith-Cozens, Furnham, & McManus, 1992; Cassidy, 1988; Levy & Davis, 1998). Estas mismas dificultades se han encontrado también en niños que han sufrido o sufren de

maltrato físico (Zeanah, et al., 1993, Zeanah, et al., 2002). Así mismo, Hortacsu, Cesur, y Oral (1993) han enfatizado que la correlación que existe entre depresión y apego inseguro es más evidente en los niños que crecen en un ambiente institucionalizado. Es prudente y necesario aclarar que la depresión no es forzosamente una consecuencia del apego inseguro, sin embargo es posible considerar el apego inseguro como una de las variables asociadas con los síntomas de depresión.

El apego inseguro y ambivalente resultan factores de riesgo que anuncian el desarrollo de psicopatología (Rutter, 1984). En un estudio realizado con 155 adolescentes se comparó el tipo de apego con los niveles de ansiedad y depresión referidos por éstos. Los resultados reflejaron que los adolescentes con apego ambivalente presentaban niveles más elevados de depresión y ansiedad, seguidos por los de apego inseguro. Los que manifestaban apego seguro no sólo puntuaron más bajo en ansiedad y depresión sino, que también manifestaron más confianza en sus cuidadores que los niños con otros tipos de apego (Muris, Meesters, Melick, & Zwambag, 2001). Podría suponerse que dadas las características del contexto institucional y la dificultad por desarrollar apego seguro aumenta la incidencia de trastornos psicológicos en los niños institucionalizados.

Entre los trastornos relacionados con el apego más frecuentes en niños institucionalizados está el trastorno de vinculación reactivo (Zeanah, Charles, Smyke, & Dumitrescu, 2002). Con base a los criterios del DSM -IV y el CIE 10 el trastorno de vinculación reactivo puede presentarse de dos maneras. La primera es cuando el niño reacciona retraído emocionalmente bajo un patrón poco responsivo, en donde se percibe la ausencia de un predominio en los comportamientos de apego (tipo inhibido). El segundo tipo es el desinhibido, subtipo en el cual los comportamientos de apego son notables, pero no son selectivos y se presentan de manera indiscriminada. La

conducta o comportamiento indiscriminado se define como un patrón ambulatorio en el que no se confirma la información, no se muestra reserva ante adultos desconocidos, y hay disposición a marcharse con extraños (Zeanah, et al., 2002).

En estudios basados en esta clasificación de apego y realizados meses o años después de la adopción de los niños, se ha observado que en niños institucionalizados es más frecuente el apego indiscriminado (desinhibido) que el apego de retraimiento emocional (inhibido) (Zeanah, 2000). Los niños diagnosticados con Trastorno de apego Reactivo (TAR) pueden llegar a presentar comportamientos autistas, agresivos e inseguridad y ansiedad (Henley, 2005). Otros síntomas de los problemas de apego descritos por Richters y Volkmar (1994) son: desorganización, baja tolerancia a la frustración, cuidado personal deficiente, retraso en el lenguaje y habilidades sociales defectuosas para interpretar señales sociales. La etiología del TAR se explica por las características del ambiente en el que se ha desarrollado el niño, en donde el abuso, el rechazo y/o relaciones inconscientes con los cuidadores son muy frecuentes (Tibbits-Kleber & Howell, 1985).

Algunos de los problemas relacionados con el trastorno de vinculación reactivo es que los niños están orientados hacia los adultos, presentan más dificultades con los pares, carecen de un mejor amigo, no solicitan ayuda de los pares, y son menos selectivos al elegir a sus amistades (Hodges & Tizard, 1989). Existen datos que sugieren que los problemas de apego pueden vincularse con conductas tales como la hiperactividad y problemas de atención (Roy, Rutter, & Pickles, 2004).

2.3- Impacto cognitivo y desarrollo físico.

Se ha encontrado que los niños que crecen en un entorno institucionalizado tienden a presentar problemas de conducta, y problemas de aprendizaje (Kahan, 1993; Muscat

& Spencer, 2000; Wolkind & Rushton, 1994). Kaler y Freeman (1994) compararon niños institucionalizados de entre 35 y 50 meses contra niños en ambientes familiares. Entre los resultados encontraron que en los niños institucionalizados se presentaban rezagos cognitivos, motores y adaptativos de hasta la mitad de su edad. Años más tarde Roy, Rutter, y Pickles, (2000) hicieron un estudio comparativo de niños entre 5 y 8 años de edad criados en una casa hogar. Este estudio examinó la relación del entorno institucionalizado con problemas emocionales, de conducta y cognitivos. Particularmente, los niños en entorno institucionalizado presentaban más problemas de atención e hiperactividad en la escuela. Las variaciones hereditarias y las experiencias previas a su llegada a la institución no explicaban estas diferencias. Concluyeron que la conducta de los niños institucionalizados en sus primeros años se caracteriza por hiperactividad y problemas de atención. Este patrón de hiperactividad y atención se ha confirmado en otros estudios con niños institucionalizados (Hodges & Tizard, 1989), aunque no es similar al que presentan niños con problemas por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) que han crecido en ambientes familiares (Roy, Rutter, & Pickles, 2004).

En lo que respecta al desarrollo físico, se ha encontrado que los niños en entorno institucionalizado suelen presentar rezagos en su crecimiento físico. En 1993 se encontró que de los quince mil niños rusos institucionalizados, ubicados en 253 orfanatos, más de diez mil mostraban retraso en su desarrollo físico (Muhamedrahimov, et al., 2004). El problema de desarrollo más común es el rezago en el crecimiento físico, motores, de lenguaje, de oído y generales. En otro estudio Groze e Ileana (1996) hallaron que, de una muestra de 465 niños adoptados, el 60 % se encontraba por debajo del peso y estatura promedio. Agregaron que el peso y la estatura, al momento de adopción, exponían una correlación negativa respecto al tiempo que habían pasado en la institución. Rutter en 1988 planteó una relación entre medidas físicas, como la circunferencia de la cabeza, estatura y peso, con el déficit en

el desarrollo de los niños institucionalizados. No obstante, este autor ha llamado la atención sobre el tremendo desarrollo físico y cognoscitivo que suele suscitarse después de dos años del momento de la adopción. Cuando Rutter evaluó a niños institucionalizados, observó que la mayoría presentaba bajo peso y se clasificaba como “retardado” en una escala de inteligencia. Dos años más tarde, después de su adopción, sólo un 2% siguió bajo de peso y la calificación de la escala de inteligencia aumentó considerablemente. Al respecto Miller, en el 2000, confirmó que la mayoría de los niños institucionalizados experimentan una inmediata y significativa recuperación al exponerse a un ambiente enriquecido.

Se ha propuesto que la estatura es un factor por el cual los niños pueden experimentar situaciones ambientales negativas. Los niños pequeños que presentan desventaja física sobre sus pares podrían presentar niveles de ansiedad más altos (Ellis, Fisher, & Zaharie, 2004). Esta situación podría ser más frecuente en las instituciones, ya que los niños conviven todo el tiempo y a veces no hay suficiente vigilancia. Así mismo, se ha señalado que la estatura puede ser índice o marcador de otros problemas como depresión o retraso en el desarrollo (Puckering, et al., 1995).

Se ha llegado a plantear que el desajuste cognitivo de los niños en entorno institucionalizado podría deberse a alteraciones en el sistema neuroendocrino. Gunnar y colaboradores (2001) realizaron un estudio en el que compararon los grados de cortisol en niños adoptados que habían vivido en instituciones y otros que habían crecido con sus familias. A grandes rasgos se encontró que el tiempo en las instituciones se correlacionaba con mayores niveles de cortisol. Se ha calculado que el cortisol producido cuando el cuerpo se somete a niveles elevados de estrés produce desajustes cognitivos (De Bellis, et al., 1999).

Por otra parte, el desajuste cognitivo y emocional de los niños institucionalizados se ha atribuido a la disposición de la actividad cerebral. En una investigación se comparó el electroencefalograma de niños rumanos institucionalizados de ocho años de edad con niños con entorno familiar. Los niños institucionalizados llevaban en la institución desde los dos meses hasta los 38 meses de edad, en que fueron adoptados. Los resultados reflejaron que los niños con entorno institucionalizado mostraban una reducción de actividad en zonas cerebrales relacionadas con funciones cognitivas y de regulación emocional (Chugani, et al., 2001).

Los problemas cognitivos y de retraso en el crecimiento que presentan los niños con entorno institucionalizado también se han explicado como consecuencia de una nutrición deficiente. En una muestra de 46 niños institucionalizados adoptados, más de dos tercios de la población presentaba problemas de alimentación, como negarse a comer o bien sobrealimentarse (Fisher, et al., 1997). De acuerdo con los autores, el rehusarse a comer se explicaría por el cambio de dieta, el tipo de alimentos y la disposición de éstos. En lo que a sobrealimentarse se refiere, se menciona que probablemente se deba a la incapacidad de los niños para reconocer el momento de saciedad.

Una alimentación inadecuada puede comprometer al sistema inmunológico, situación que aumenta el riesgo de infecciones, lo que afecta el desarrollo sano y, en casos extremos, la vida del niño (Sorensen, Leiva, & Kuvibidila, 1993). Consecuentemente, las infecciones o enfermedades afectarán la calidad de la nutrición, lo que dificulta la posibilidad de sanar. Como consecuencia, el incremento de enfermedades puede entorpecer el desarrollo cognitivo y físico de los niños. De acuerdo al libro rojo de la Academia Americana de Pediatría (AAP, 1994) “los niños cuidados en grupo presentan mayor riesgo de infección, mayor gravedad de las enfermedades, y mayor predisposición a adquirir patógenos resistentes a medicamentos”. Estos riesgos

umentan cuando cohabitan más de tres niños. Entre las enfermedades más comunes que se han descrito en estas condiciones son enfermedades respiratorias y/o gastrointestinales (Frank & Klass, 1996).

La relación entre factores físicos y factores cognitivos, emocionales y sociales es notoria, no sólo en términos biológicos, sino también en términos conductuales. Los niños que reciben una crianza institucionalizada manifiestan conductas como pasividad y escasa actividad exploratoria, lo cual reduce la posibilidad de experimentar y aprender (Frances, et al., 1991). De esta forma, se ha propuesto que el deterioro en el crecimiento en los niños con entorno institucionalizado no es por escasez de alimento o recursos, sino más bien por falta de cuidadores que los alimenten, cuiden y estimulen (Dennis & Najarian, 1957; Provence & Lipton, 1962; Skeels, 1966; Spitz, 1945; Spitz & Wolf, 1946). Se ha considerado que existe una estrecha relación entre el desarrollo social del niño y la ingesta de nutrientes (Puckering, et al., 1995). Como consecuencia de una dieta y cuidados deficientes, el niño puede mostrarse un tanto apático y ser menos eficiente al demandar alimento o cuidados. El niño que no interactúe tan regularmente con los cuidadores probablemente reciba menos alimento y atenciones de parte de éstos, lo que dará como resultado un desarrollo físico y social pobre. Los problemas del desarrollo relacionados con la ingesta de nutrientes, como la depresión o déficit cognitivo, puede alterar los acercamientos del niño a los cuidadores, y afectar la relación entre éstos. Así bien, se han relacionado los episodios depresivos con la falta de competencia en diversa áreas, tales como la social y la cognitiva (Cole, 1990). Los maestros suelen informar un desempeño académico y social disminuido como señal de riesgo de depresión en los niños (Slotkin, et al., 1988).

2.4-. Impacto en el desarrollo social.

Se ha indicado que el entorno institucionalizado puede impactar más al desarrollo social y emocional que al cognitivo. Rutter y Quinton (1984) encontraron resultados confirmatorios en un estudio con mujeres que habían residido en una institución antes de los cinco años. Años más tarde, estas mujeres presentaban más problemas de adaptación social, parejas problemáticas, presencia de trastornos de personalidad y disfunción marital, comparadas con mujeres que nunca habían vivido institucionalizadas.

A pesar de la presencia de posibles factores protectores, el entorno institucionalizado representa una severa amenaza para el desarrollo social y emocional de los residentes (Rutter & Quinton, 1984). Para Landesman (1990), el entorno institucionalizado es más tóxico para el desarrollo social y emocional que para el desarrollo cognitivo. Harlow et al. (1965) han sugerido que las consecuencias del entorno institucionalizado son mayores en el desarrollo social que en el cognitivo.

En los últimos años se ha indagado sobre los efectos que la institucionalización puede tener en el desarrollo social de los menores. Como sabemos la conducta social comienza en la infancia, conforme se establecen las relaciones entre padres e hijos, y se desarrolla mediante un proceso de interacción social a lo largo de la vida. En caso de los niños con entorno institucionalizado, la socialización ocurre entre ellos mismos, con los cuidadores y demás personal. Por esta razón las relaciones sociales que los niños experimentan en la institución pueden carecer de la información necesaria para que el niño se ajuste adecuadamente. Se ha propuesto que cuando el ambiente carece de suficiente información social puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de salud mental (Osofsky, Eberhart-Wright, Ware, & Hann, 1992).

Se ha observado que cuando los niños se desarrollan en ambientes con escasa estimulación social y emocional, pueden reaccionar con retraimiento, desapego y/o

rechazo al contacto físico (Shapiro, Shapiro, & Paret, 2001). De acuerdo a Judge, (1999) estas condiciones pueden generar problemas en torno al comportamiento social. Los niños con entorno institucionalizado obtienen puntajes más bajos en habilidades sociales y presentan más problemas con las interacciones sociales (Thompson, 2001). En un estudio con 33 niños de Uganda, se observó que aunque los niños institucionalizados no son muy agresivos, no están socialmente orientados, pasan más tiempo solos que acompañados y muestran preferencia por interactuar uno a uno que en grupo (Nielsen, Coleman, Guinn, & Robb, 2004).

Uno de los problemas sociales más persistentes que se ha descrito en los niños institucionalizados es el comportamiento indiscriminado. La conducta o comportamiento indiscriminado se define como un patrón ambulatorio de acercamiento sin confirmar la información, sin mostrar distinción entre adultos, y con disposición para marcharse con extraños. O'Connor y colaboradores (2000) describen al niño que presenta comportamiento indiscriminado como un niño carente de la habilidad para distinguir entre adultos, sin predilección por algún adulto, que no se cerciora de la presencia de los padres y que no es reservado ante extraños. Algunos estudios realizados en Canadá reflejan que los niños adoptados de Rumania, de entre 11 y 36 meses, presentaban altos índices de amistad indiscriminada (Zeanah, et al., 2002). En esa investigación se midió el grado de amistad que establecía el niño con adultos no conocidos, ausencia de timidez, disposición a acercarse a otros adultos y soltura para irse a casa con ellos. Los resultados demostraron que tener una figura de apego predilecta no excluía el comportamiento indiscriminado. Sin embargo, el grupo de niños que no señalo un cuidador predilecto, mostró puntajes más altos de comportamiento indiscriminado (Zeanah, et al., 2002). Se ha identificado dos categorías de comportamiento indiscriminado. Una en el cual el niño identifica una figura de apego como preferida y otra en el cual no hay predilección por una figura o cuidador.

Un estudio longitudinal evaluó la conducta y el desarrollo social y emocional de 40 niños criados en una casa hogar durante sus primeros dos años de vida (Hodges & Tizard, 1989; Tizard & Hodges, 1978). Los niños se dividieron en cuatro grupos, aquéllos que después de cumplir dos años habían sido adoptados, los que regresaron con sus padres biológicos, los que permanecieron bajo el cuidado institucionalizado después del periodo preescolar y un grupo de niños que nunca habían estado institucionalizados. Los niños institucionalizados vivían en un ambiente enriquecido con una proporción alta de cuidadores por niño (3 a 1), pero con una rotación frecuente de los mismos. De acuerdo con este estudio los niños institucionalizados a los 8 años habrían tenido aproximadamente 80 cuidadores (Hodges, & Tizard, 1989). En las pruebas cognitivas los grupos no manifestaron diferencias considerables, sin embargo fue posible distinguir en el grupo de niños que permaneció en la institución alteraciones emocionales, problemas de apego, y comportamiento indiscriminado (Tizard & Hodges, 1978). A los 8 años, tanto los maestros como los padres se quejaban de los intentos de los niños por llamar la atención y propensión a la amistad indiscriminada. Durante la adolescencia, los tres grupos mostraron amistad excesiva con los adultos, ansiedad, miedo, agresividad y eran más conflictivos y menos populares con sus pares, que los niños no institucionalizados (Tizard & Hodges, 1978). Al respecto, el grupo de los adoptados mostró un puntaje menor que los otros dos grupos, aún así fue más elevado que el de un grupo control de niños que no habían sido institucionalizados. Posteriormente a los 16 años, se evaluó el grado de orientación a los adultos, dificultad con los pares, presencia de amigos cercanos, disposición para recurrir a pares para apoyo emocional y amistad indiscriminada. Se encontró que los niños que crecieron en un entorno institucionalizado eran 10 veces más propensos a presentar problemas en los aspectos evaluados. De esta manera, se concluyó que los efectos a largo plazo persistían en los tres grupos, aunque en menor medida en los niños adoptados (Tizard & Hodges, 1978).

Se ha propuesto que el comportamiento indiscriminado es una conducta adaptativa en las instituciones, ya que aumenta las probabilidades de contactos sociales. No obstante, generalmente acarrea problemas, ya que se presenta sin la precaución necesaria ante extraños (Chisholm, et al., 1995). Aunado a este problema se ha sugerido que los niños con entorno institucionalizado son más influenciables. Se ha comparado la frecuencia con la que los niños institucionalizados cambian de opinión a petición de los adultos. Los resultados reflejaron que los niños institucionalizados cambiaban más de opinión que los niños del grupo control. Se observó que los niños con entorno institucionalizado son más propensos a cambiar de opinión y a convenir a petición de los adultos (Sloutsky, 1997). Por otra parte, éste comportamiento se ha explicado como la consecuencia de la falta de habilidades sociales (Sloutsky, 1997). Las habilidades sociales son las conductas o destrezas específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Por habilidad se entiende al conjunto de comportamientos adquiridos o aprendidos, no es un rasgo de personalidad. La adquisición de las habilidades sociales depende del contexto o ambiente en que se desarrolle el niño.

Las habilidades sociales que el niño disponga determinaran en cierto grado el rechazo o la aceptación de los demás. Si las habilidades sociales son inadecuadas pueden relacionarse con situaciones como, baja aceptación, rechazo, aislamiento social y psicopatología (Hernández-Guzmán, 1999). En el caso de los niños institucionalizados el deterioro de las habilidades sociales puede precipitarse por diversos motivos, como la falta de modelos adecuados, oportunidades escasas para aprender, o una instrucción deficiente y situaciones presentes en la organización y estructura del entorno institucionalizado. En un estudio con 52 niños institucionalizados de entre 7 y 8 años se encontró que los niños con entorno institucionalizado no identifican

correctamente, en una proporción alta de casos, las emociones de enojo, amor, felicidad y miedo, al comparárseles con un grupo familiar (Sloutsky, 1997).

2.5-. Impacto en el desarrollo emocional

Actualmente la sociedad procura que las instituciones dedicadas a cuidar menores dispongan de todos los recursos materiales necesarios para su labor. Este hecho permite que los niños que crecen bajo estas condiciones no carezcan de comida, techo, vestido, educación, ni recreación. Desafortunadamente, aún cubriendo estas necesidades y con los cuidados pertinentes, muchos niños desarrollan problemas afectivos que les producen sufrimiento.

Los hallazgos de Spitz y Spitz y Wolf (1945) con infantes en instituciones en los años 40 sugieren consecuencias alarmantes de la ruptura entre el niño y el cuidador primario. Spitz y Wolf denominan este estado como depresión anaclítica, la que se caracteriza por pérdida de interés en las relaciones, ansiedad generalizada y miedo. Basando en las observaciones de Spitz y Wolf (1945), Goldfarb (1945) ha caracterizado el síndrome de institucionalización. Dicho síndrome persiste aún en la adolescencia y se distingue por: desorganización e hiperactividad; demandas indiscriminadas de afecto y atención; relaciones superficiales; la ausencia de la ansiedad normal ante el fracaso o rechazo y retraimiento social. Por su parte, Federici (1998) ha descrito el síndrome de autismo institucional como un crecimiento deficiente lenguaje escaso o regresivo, problemas de atención, auto estimulación, y memoria deficiente. Contrario al autismo real, estas conductas pueden atenuarse o bien desaparecer, si el niño se expone a un medio propicio (Rutter, et al., 1988).

Se ha propuesto que la escasa estimulación social que se suscita en el entorno institucionalizado impacta el desarrollo emocional del niño. El término que Bowlby

(1989) empleó para describir los efectos emocionales es psicópata, no afectivo. De acuerdo con este autor, el impacto de la privación social temprana afecta las relaciones personales aún en la vida adulta. En los últimos años esta condición se ha incorporado como criterio para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad. Este tipo de personalidad se ha vinculado, en los varones, con rasgos de criminalidad, violencia, abuso de sustancias e inestabilidad laboral. En el caso de las mujeres, se relaciona con mayor índice de depresión, conductas suicidas, malestares somáticos, abuso de sustancias, y prostitución (Robins, 1986).

En otro estudio realizado en Eritrea, se compararon el estado emocional de tres grupos de niños, un grupo de huérfanos reubicados en familias, otro de niños que residían en una institución y niños criados por su familia. Todos habían vivido bajo esas condiciones por lo menos durante dos años. Los resultados reflejaron que los niños reubicados y los de familia alcanzaban puntajes mayores en autoestima, confianza en ellos mismos, relaciones interpersonales y relaciones con los padres o cuidadores. Mientras que los niños institucionalizados mostraban puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad y depresión (Wolff & Fesseha, 2005). En un estudio similar, Bagenholm y Kristianson (1987) evaluaron aspectos psicológicos y psicosomáticos en niños de un orfanato de Etiopía. Después de haber registrado durante tres años a los niños observaron que los problemas que aumentaban más eran el trastorno de depresión y la falta de apetito.

Por otra parte se considera que los niños que han sufrido abandono y/o abuso pueden llegar a ser problemáticos, conflictivos o difíciles, en el sentido de inestabilidad emocional, capacidad deficiente para la intimidad y mayor exhibición de afecto negativo (Parker & Herrera, 1996). Al respecto se ha sugerido que la agresividad es un patrón asociado al niño maltratado físicamente, mientras que, en el caso del abandono, son más frecuentes las dificultades de funcionamiento social y retraimiento

(Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998; Haskett & Kistner, 1991). Se calcula que los niños que crecen bajo estas condiciones son más vulnerables al desarrollo de delincuencia, violencia, abuso de drogas, prostitución y depresión (Frank & Klass, 1996).

Se ha sugerido que existen ciertas pautas de conducta relacionados con el entorno institucionalizado que afectan el desarrollo emocional. Fisher y colaboradores (1997) compararon a niños adoptados de 25 meses provenientes de tres poblaciones, niños con 8 o más meses de institucionalización, niños con poco tiempo de residir en la casa hogar, y niños de familia. En cada grupo se evaluó la presencia de problemas exteriorizados e interiorizados. El término exteriorizado se refiere a los problemas que son evidentes por el comportamiento del niño, como hiperactividad y problemas de conducta. Por otra parte, los problemas interiorizados implican un estado mental perturbador, como la depresión y la ansiedad. Al comparar la presencia de este tipo de problemas se encontró que no había diferencias significativas en las escalas de problemas exteriorizados, no obstante en los puntajes totales, los niños con más tiempo institucionalizados reflejaron puntajes más elevados. Se pudo observar que los puntajes interiorizados correlacionaban positivamente con el tiempo de institucionalización (Fisher, et al., 1997). Entre los problemas interiorizados más frecuentes tanto en niños como en adultos se encuentran los trastornos de ansiedad y la depresión.

3-. Ansiedad y depresión en niños

El estudio de la psicopatología en niños y adolescentes ha tenido avances significativos en los últimos 30 años. Algunos estudios han encontrado que muchos niños que requieren de servicios de salud mental no reciben estos servicios (Verhulst & Van der Ende, 1997). Con frecuencia los niños que tienden a recibir ayuda profesional son aquéllos que exhiben problemas exteriorizados como hiperactividad y problemas de conducta. Por otra parte, los niños con problemas interiorizados suelen pasar desapercibidos, ya que aunque, pueda ser motivo de perturbación para el niño, muchas veces son imperceptibles para los adultos (Cohen, et al., 1991; Wu, et al., 1999). A pesar de que algunos comportamientos interiorizados como el retraimiento social, irritabilidad, ansiedad por separación e inhibición conductual son manifiestos y susceptibles a que otros los perciban, el estado de ánimo suele pasar desapercibido. Los problemas de conducta percibidos pueden ser indicadores de la presencia de problemas interiorizados en los niños (Mesman & Koot, 2000).

Se considera inhibición conductual al factor de temperamento que se manifiesta en los niños por medio de timidez, reacciones de miedo y alejamiento en situaciones no familiares (Kagan, et al., 1988). Esta clase de comportamiento suele mantenerse estable durante la infancia e inicios de la adolescencia. En un estudio con 968 niños de 12 a 18 años se observó que los niños con inhibición conductual manifiestan calificaciones más altas en ansiedad y depresión. Se observó que las niñas obtienen puntajes más altos tanto en inhibición conductual como en síntomas de ansiedad (Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet, & Bogie, 2001).

Con respecto a las causas o etiología de la psicopatología se ha involucrado y relacionado diversos factores genéticos, biológicos y psicosociales (Cuffe, Mckeown,

Addy, & Garrison, 2005). Es decir, la psicopatología no es resultado de un solo factor sino es la asociación de diversos factores inmersos en un contexto (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995).

En un estudio con 1969 sujetos de 11 a 18 años de edad se encontró que los factores de riesgo predominantes para el surgimiento de psicopatología son la falta de destrezas sociales, no pertenencia a grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular (Haquin, Larraguibel, & Cabezas 2004). Cuffe y colaboradores (2005) agregan que la estructura familiar parece ser un factor de riesgo significativo para el desarrollo subsecuente de trastornos afectivos. De acuerdo con estos autores, la presencia de eventos desagradables parece estar más vinculado con los trastornos de ansiedad y la estructura familiar con los trastornos afectivos como la depresión. Haguin y colaboradores (2004) proponen que la familia constituye uno de los elementos más importantes de la red de apoyo social y fuente de valoración del niño y adolescente. Ésta resulta un espacio contenedor de las ansiedades propias del proceso de desarrollo que viven sus integrantes. La ausencia de estos factores afecta el desarrollo de la autoestima y auto imagen del niño y del adolescente. De este modo, es posible plantear que la ausencia de un ambiente familiar podría significar un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología.

Se ha enfatizado que los factores genéticos y ambientales mantienen una estrecha relación en el desarrollo de la psicopatología. Se ha comprobado que algunos niños presentan disposiciones genéticas que los hacen más sensibles a situaciones ansiógenas y a afectos depresivos (Rice, et al., 2006). Esta situación no sólo corrobora la implicación de un enfoque biológico, sino que también enfatiza la importancia de las diferencias individuales en el desarrollo de los trastornos psicológicos. En cuanto a la influencia de la genética en el desarrollo de los trastornos psicológicos, Rice y colaboradores (2006) mencionan que es necesario aclarar la diferencia entre la interacción gen ambiente y la correlación entre éstos mismos elementos. La

interacción es el resultado de diversos efectos del ambiente en los individuos de acuerdo a su predisposición genética. De esta manera, el sujeto con predisposición a enfermedades cardiovasculares estará en mayor riesgo si se encuentra en un ambiente, cuyas condiciones propicien este tipo de enfermedades. Por otro lado, la correlación se refiere a que el individuo busca determinadas condiciones de acuerdo a su genética. Es decir, si la genética contribuye a que el sujeto presente problemas de visión probablemente dirija algunas de sus acciones a remediar este problema ya sea, usando anteojos, acercándose más al estímulo visual o buscando estímulos visuales más grandes.

La visión contextualista-interaccionista propone que el desarrollo psicológico se refiere, en gran parte, a la transcripción de las relaciones interpersonales estables que los niños mantienen con su entorno. Estas relaciones están contextualmente condicionadas, por lo que el medio en el que vive el niño es inseparable de sus características evolutivas. Es posible suponer que diferentes contextos impactarán de forma distinta el desarrollo del niño. Al considerar las situaciones que viven los niños institucionalizados es dable darse cuenta que existen ciertos factores que atentan contra la salud psicológica del menor.

3.1.- Comorbilidad de Ansiedad y Depresión

Los investigadores han enfatizado un traslape conceptual y empírico existente entre ansiedad y depresión. Los síntomas de la ansiedad y depresión se sobrelapan con frecuencia tanto en el niño como en los adultos. Este fenómeno, descrito como comorbilidad, dificulta el diagnóstico y el tratamiento de trastornos psicológicos. Los tratamientos para niños y adolescentes por lo general se enfocan a un trastorno en específico, sin embargo, la comorbilidad parece ser más la regla que la excepción. Muchos estudios confirman que los individuos con trastorno de ansiedad generalmente

presentan síntomas de depresión y viceversa (Wadsworth, Hudziak, Heath, & Achenbach, 2001).

Así bien se ha sugerido que la presencia de ambos trastornos puede tener un mayor impacto en el individuo. Al respecto Jolly y colaboradores (1994) demostraron que los sujetos con depresión comórbida con ansiedad manifiestan más malestares somáticos que los que presentan un solo trastorno.

Numerosos estudios longitudinales y transversales han señalado la comorbilidad que hay entre estos dos trastornos. Al respecto la perspectiva unitaria sostiene que la ansiedad y la depresión representan un mismo continuo en cuanto a los síntomas básicos y a los tratamientos empleados (Dobson, 1985; Stavrakaki & Vargo, 1986). Por otra parte, la perspectiva pluritaria plantea que estos dos trastornos deben de ser considerados por separado (Gurney, et al., 1972). Una tercera postura presenta un modelo de dos factores independientes que permite la integración de las otras dos perspectivas (Watson & Clark, 1984; Watson & Tellegen, 1985). Los factores propuestos por esta postura para diferencias entre ansiedad y depresión son el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN). El afecto negativo se describe como preocupación, contrariedad, sentimiento, llanto, síntomas psicósomáticos, problemas de sueño y tristeza. En contraste, en el afecto positivo se relaciona con confianza en uno mismo, alegría, entusiasmo y energía (Lee & Rebok, 2002).

Lonigan et al. (1994) ha encontrado que una de la diferencias entre ansiedad y depresión es la ausencia o baja relación de afecto positivo en los niños con depresión. Así mismo, Watson et al. (1988) ha informado que la presencia de afecto positivo se relaciona negativamente con los síntomas y el diagnóstico de depresión. En cuanto al afecto negativo observaron que en la depresión y ansiedad no difiere en cuanto al grado pero sí en la especificidad del mismo. Se ha especulado que la ansiedad parece

estar asociada con niveles más altos de afecto negativo, elevada activación fisiológica y niveles normales de afecto positivo, mientras que la depresión presenta niveles elevados de afecto negativo, niveles normales de activación fisiológica y niveles bajos de afecto positivo (Lee & Rebok, 2002). Se espera que en una población general los puntajes de afecto positivo se distribuyan de manera normal, mientras que los de afecto negativo se encuentren en niveles bajos constantes (Lee & Rebok, 2002).

Se ha observado que los niveles de afecto positivo y afecto negativo se mantienen un tanto estables en el curso de las etapas de desarrollo. Al registrar los niveles de afecto negativo y afecto positivo a 624 niños de 8 a 11 años se ha observado que éstos se mantienen similares con el transcurso de los años. Aunado a estos resultados, los niños con mayor puntaje de afecto negativo en tercer año eran más propensos a desarrollar estados depresivos en sexto año (Lee & Rebok, 2002).

Los términos de ansiedad y depresión pueden emplearse en la cotidianidad para describir estados de ánimo. Sin embargo, cuando se refieren a un trastorno psicológico involucran un conjunto de síntomas determinados. En ocasiones, se refieren a síntomas similares, lo que complica en cierto grado el establecimiento de un límite entre ambos trastornos. Es importante considerar que aunque un niño y un adulto puedan presentar el mismo trastorno, es posible que lo expresen de manera diferente. Es necesario contar con una descripción o definición que permita discernir entre el tipo de trastorno, un estado de ánimo pasajero, o bien determinado rasgo de personalidad.

3.2.- Ansiedad

La ansiedad se ha considerado como una emoción que avisa al organismo de la existencia de alguna situación o elemento que pone en riesgo su estado de equilibrio.

La ansiedad puede entenderse como una respuesta adaptativa que permite al organismo atenerse a las exigencias que se presentan en el medio. Solloa (2001) propone que la ansiedad es un estado semejante a la expectativa del peligro y una preparación mental ante el mismo. Esta respuesta no es proporcional, es irracional y persiste, con o sin la presencia del estímulo que la desencadena. La ansiedad puede definirse como un patrón complejo de tres tipos de reacciones ante la percepción de una amenaza o reto: respuestas motoras (por ejemplo, salir corriendo, cerrar los ojos, gritar); respuesta fisiológicas (por ejemplo, aumento de la frecuencia cardiaca, tensión muscular, sudoración, respiración agitada, enfriamiento de las extremidades); y respuesta subjetivas (por ejemplo, pensamientos de peligro, de incapacidad, de daños corporales) (Wiks-Nelson & Allen, 1997).

Es atinado mencionar que los síntomas de la ansiedad son similares a las reacciones que se presentan ante un estímulo que produce miedo. El miedo y la ansiedad son estados que involucran reacciones fisiológicas, cognitivas, conductuales y emocionales similares. No obstante, la ansiedad se diferencia del miedo en que en ésta no existe un elemento real que la desencadene, mientras que el miedo solamente se suscita ante la presencia de un estímulo real y específico. La sensación de miedo es racional, proporcional y desaparece en ausencia del estímulo. En otras palabras, el miedo sólo se presenta ante un peligro real e inmediato y la ansiedad es una respuesta general y desproporcionada ante situaciones ambientales percibidas como amenazantes (Barret, 2004).

Los elementos que producen miedo o ansiedad pueden variar de una cultura a otra. Mientras algunos miedos son frecuentes en todo el mundo, existen miedos específicos e idiosincrásicos a determinada región o país por ejemplo, las serpientes en África, los fantasmas en China y hacer el ridículo en EUA (Ollendick, 1996). La presencia o grado en que se manifiestan los síntomas de ansiedad puede variar de acuerdo con la

cultura. En un estudio se comparó los síntomas relacionados a trastornos de ansiedad de 665 niños africanos y niños occidentales (holandeses). Las comparaciones estadísticas indicaron que los niños del sur de África presentan niveles más elevados de síntomas de ansiedad que los niños occidentales (Muris, Schmidt, Engelbrecht, & Perold, 2002). En un estudio con 1837 niños (862 alemanes y 975 japoneses) se evaluó la presencia de síntomas de trastornos de ansiedad. Los resultados revelaron que los niños alemanes presentan niveles más altos en cuanto a trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de ansiedad generalizada. Por su parte, los niños japoneses mostraron puntajes más altos sólo en la escala relacionada a heridas físicas (Essau, Sakano, Ishikawa, & Sasagawa, 2004). Aunque los niveles de ansiedad varían de acuerdo al país o contexto, se ha observado que las variaciones de síntomas en cuanto al sexo y a la edad se mantienen constantes. En niños japoneses y alemanes se encontró que los niveles de ansiedad se reducen conforme aumenta la edad y que las niñas reportaban más síntomas de ansiedad que los niños (Essau, Sakano, Ishikawa, & Sasagawa, 2004).

3.3-. Perspectivas de la Ansiedad

A lo largo de los años se han postulado modelos que pretenden comprender la etiología de la ansiedad. Por un lado, la Teoría Biológica o Constitucional propone que independientemente de las experiencias del medio existe una base biológica para cualquier reacción de miedo y ansiedad. Esta teoría propone que éste tipo de reacciones son tendencias determinadas con las que el hombre esté genéticamente equipado para enfrentar peligros reales.

Por otra parte, la ansiedad se ha explicado desde el punto de vista del análisis de conducta. Es preciso aclarar que esta perspectiva considera conducta humana al comportamiento instrumental (todo que se hace o dice), los aspectos psicológicos

como las actitudes, las cogniciones (ideas, convicciones, creencias, concepciones) y las emociones (incluyendo los componentes fisiológicas). La investigación en este campo ofrece un patrón elocuente en cuanto a la adquisición y mantenimiento de la ansiedad. Por un lado el condicionamiento clásico ha demostrado que los estímulos neutros pueden originar miedo al asociarse con el estímulo que naturalmente lo produce. Por su parte el condicionamiento operante propone que la ansiedad se mantiene por reforzamiento. Cuando se manifiesta la angustia se refuerza negativamente, pues se evita. La evitación se convierte en una respuesta aprendida que tiende a repetirse.

La presencia de ansiedad en ausencia física del estímulo que la desencadene, se explica por medio de las cogniciones. Aunque no se encuentre presente físicamente el estímulo precursor de la ansiedad, el individuo anticipa o evoca la presencia de éste por lo que se desencadena la ansiedad. De acuerdo a Beck (1976) la dependencia entre las emociones y cierto tipo de pensamientos se debe a una asociación aprendida. En la ansiedad estos pensamientos rondan alrededor de la percepción de peligro inminente.

La perspectiva cognitiva expone a la ansiedad en términos de una estructura cognitiva que funciona como programa para escapar del peligro. Se representa la ansiedad como una red en la memoria que incluye 3 tipos de información: información sobre el estímulo temido, información sobre la conducta e información de la interpretación del significado del estímulo y de los elementos de repuesta de la estructura (Foa & Kozak, 1986). Esta perspectiva ha avanzado, de tal manera que plantea que es el significado el que distingue entre la estructura de miedo y otras estructuras de información (Foa & Kozak, 1991). De esta manera, el componente cognitivo sugiere que la ansiedad infantil resulta de la sobre-actividad crónica de esquemas circundantes a los temas amenazantes y/o de peligro, alimentados por distorsiones cognitivas. Las distorsiones

que se presentan se basan en un proceso disfuncional de procesar la información, como generalizar o exagerar.

Los elementos o situaciones que pueden desencadenar ansiedad pueden variar durante las etapas del desarrollo. Los niños pequeños sufren con intensidad por cuanto retrasa, limita, y/o frustra sus necesidades corporales. Sufren por la separación, por las decepciones, celos, rivalidades y por las angustias, suscitadas inevitablemente por el propio desarrollo cognitivo afectivo y social. Si la ansiedad se presenta en niveles tenues es posible considerarla como parte del desarrollo normal del niño y biológicamente adaptativa. Este tipo de respuestas se consideran disfuncionales cuando los niveles de ansiedad interfieren en el desenvolvimiento normal del sujeto (Hernández-Guzmán, 1999). Determinados estímulos pueden ser precursores de miedo o ansiedad dependiendo de la edad del niño; por ejemplo a los seis o nueve meses el miedo a los extraños; el miedo a seres imaginarios en el segundo año de la vida; el miedo a la oscuridad característico de los 6 años y el miedo al fracaso en los niños mayores (Miller, et al., 1974). Así Tabeada, Ezpeleta, y Osa (1998) proponen que el bajo calor emocional de la madre, manifestado por poca comprensión y confianza en el niño, pocas muestras de afecto hacia él, poco interés en ayudarlo y animarlo, entre otros, favorece el desarrollo de la ansiedad. Agregan que cuando el niño presenta un temperamento caracterizado por alta actividad general, baja ritmicidad biológica y una tendencia a la inhibición, cuadro conocido como llamado "niño difícil", se incrementa significativamente el riesgo de desarrollar ansiedad en el niño. Señalan que este tipo de temperamento también puede exacerbar la presencia de psicopatología en los padres, y este mayor deterioro puede conllevar a que se dé una actitud más negativa hacia el niño.

Por otra parte, para la teoría de ansiedad infantil de Kendall (1985) el miedo y la ansiedad patológica provienen de un exceso crónico y fatalista de ideas relacionadas

al peligro y/o a la muerte. Cuando estas ideas se convierten en distorsiones cognitivas llegan a sesgar, si no todos, muchos de los pensamientos y conductas de la vida cotidiana. Al considerar las características del entorno institucionalizado y sumarle la presencia de acontecimientos vitales estresantes, la situación todavía podría agravarse más, y potenciar así el impacto de otros factores de riesgo.

Existen distintos factores que pueden contribuir que los niveles de ansiedad normal se tornen patológicos. En un estudio con 362 niños y adolescentes, con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años se observó que el miedo a ser maltratado (según los niños) y la preocupación excesiva del niño por su familia (según los padres) se asocia con los trastornos de ansiedad (Bragado, Bersabé & Carrasco, 1999). Así bien, se ha observado que el tamaño físico parece estar muy relacionado con el aumento de problemas psicológicos en los niños institucionalizados. Es probable que los niños más pequeños experimenten factores negativos del ambiente que contribuyan al desarrollo de la ansiedad. Esto se debe a que los niños más pequeños se encuentran en desventaja física ante sus pares y experimentar niveles más altos de ansiedad (Ellis, Fisher, & Zaharie, 2004).

Por otra parte, se ha considerado que un tipo de apego ansioso o indiscriminado puede favorecer el desarrollo de trastornos de ansiedad (Muris, Meesters, Melick, & Zwambag, 2001; Rutter, 1988). Así bien, se ha propuesto que la ausencia de una familia o un funcionamiento deteriorado de ésta, se traduce en un factor de riesgo para el afloramiento de los trastornos de ansiedad (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004).

3.4-. Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son el problema de salud mental más recurrente en niños y adolescentes (Shaffer, et al., 1996) y pueden predecir ansiedad y depresión en la vida

adulto (Pine, et al., 1998). Investigaciones epidemiológicas recientes han indicado que entre un 8% y un 12 % de los niños padecen de algún tipo de trastorno de ansiedad suficientemente grave como para interferir en su vida diaria (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996).

La Asociación de Psiquiatría Americana diferencia dos tipos principales de trastornos de ansiedad: trastornos fóbicos y estados de ansiedad. Los trastornos fóbicos son miedos intensos, irracionales, que se centran en un objeto actividad, o situación específicos, que la persona siente que tiene que evitar. Los estados de ansiedad incluyen estados recurrentes de pánico, trastornos generalizados de ansiedad que tienen carácter persistente, y trastorno por estrés postraumático. Cada trastorno puede provenir de diferentes combinaciones de influencias. El desarrollo de determinado trastorno en los niños puede diferir de acuerdo a los factores que lo desencadenen o lo desencadenaron.

Con base en los criterios DSM-IV los trastornos de ansiedad que se pueden distinguir en los niños y adolescentes son: ansiedad por separación, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y stress postraumático.

Los trastornos de ansiedad pueden desencadenarse por algún objeto o situación en particular, como el caso de la fobia específica, o bien por una excesiva preocupación y miedo sobre acontecimientos pasados o futuros, como en el trastorno de ansiedad generalizada. Así mismo, los trastornos de ansiedad pueden vincularse con la presencia de reacciones o sentimientos extremos de ansiedad seguidos de un suceso traumático. Se ha observado que los niños y adolescentes que experimentan una situación traumática podrían manifestar una frecuencia e intensidad mayor de miedos específicos relacionados con la situación (Wiks-Nelson & Allen, 1997).

Algunos trastornos de ansiedad van acompañados por pensamientos intrusivos y obsesivos, y acciones compulsivas, como conductas repetitivas que alivian la ansiedad. De acuerdo con el DSM-IV, por obsesión se entiende las ideas, pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se viven en algún momento como intrusivas e inapropiadas y que causan en el sujeto una importante ansiedad o aflicción. En lo que respecta a las compulsiones se describen como comportamientos o actos psicológicos que el sujeto se siente impulsado a realizar recurrentemente con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad o malestar que causa una obsesión. Es común que este trastorno en niños se manifieste con rituales de lavado, de comprobación y ordenamiento de objetos. Por ejemplo el cerrar y abrir la puerta determinadas veces para verificar que cierre bien y evitar la angustia de que alguien pudiera entrar.

Como se mencionó anteriormente muchas veces no es posible percatarse de las manifestaciones cognitivas de la ansiedad en el niño. Por ello, es necesario enfocarse en otro tipo de manifestaciones, como conductuales, somáticas, y psicosociales, que permitan detectar la presencia de trastornos de ansiedad en los niños. Entre las manifestaciones conductuales se encuentra la agitación psicomotriz caracterizada por inquietud desordenada, lucha y desafío; hiperactividad e inatención. Se ha comprobado una estrecha relación de los trastornos de ansiedad con el trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (Hodges & Tizard, 1989).

Se ha observado que los niños con ansiedad presentan manifestaciones somáticas. Entre este tipo de manifestaciones se encuentran los trastornos del sueño, como las pesadillas, los terrores nocturnos y el insomnio (Solloa, 2001). Algunas otras manifestaciones son la enuresis y la encopresis. Se ha referido la incontinencia de esfínteres como una respuesta de escape a la ansiedad. Así bien muchos niños que

sufren de ansiedad suelen manifestar numerosas quejas hipocondríacas como dolores en diversas partes del cuerpo, preocupación sobre su integridad física y sobre su funcionamiento corporal (Solloa, 2001).

Además de las manifestaciones mencionadas, la ansiedad también se ve reflejada en el funcionamiento social del niño. Una de las reacciones del niño ansioso es la inhibición de la conducta (Mesman & Koot, 2000). La inhibición de conducta es un factor de temperamento que se manifiesta en los niños por medio de timidez, reacciones de miedo y alejamiento de situaciones no familiares (Kagan, et al., 1988). El niño que presente este patrón de conducta procurará no realizar actividades vinculadas con la fuente de ansiedad. Finalmente, en lo niños ansiosos se hace notoria la existencia de un lazo excesivo con el cuidador de dependencia permanente (Tizard & Hodges, 1978).

A diferencia de que los adolescentes y adultos pueden reconocer que el temor o ansiedad son excesivos, esto no suele suceder en los niños. Muchas veces los trastornos de ansiedad modifican de manera radical la forma en la que el niño se desenvuelve en su medio. El niño con fobia social, por ejemplo, muestra inhibición extrema ante actividades recreativas, rehúsa a participar en actividades sociales, y si se le fuerza, responde con llanto.

Los estudios epidemiológicos en este campo han subrayado que los trastornos de ansiedad más comunes en los jóvenes son el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de ansiedad por separación y las fobias específicas (Murisa, et al., 2003). No obstante, los síntomas de los trastornos de ansiedad suelen relacionarse unos con otros, por lo que es común que puedan aparecer síntomas de más de un trastorno. Se han encontrado diferencias en cuanto al grado de síntomas de ansiedad y el sexo. En general las niñas muestran puntajes más altos que los niños. Por otra parte, se ha

observado una relación negativa entre la edad y los síntomas, a mayor edad menor sintomatología (Muris, Schmidt, Engelbrecht, & Perold, 2002). En un estudio con 157 niños y adolescentes con ansiedad generalizada el 75% refirió preocupación, expectativas aprehensivas, auto imagen negativa, necesidad de confirmación, irritabilidad y quejas físicas. Las diferencias de los síntomas de acuerdo con la edad y el género no fueron significativas (Masi, Millepiedi, Mucci, Poli, Bertini, & Milantoni, 2004).

Si se cuenta con un panorama más claro en lo que se refiere al trastorno de ansiedad, habrá que ahondar ahora en las condiciones o características de la depresión como psicopatología. Al igual que con la ansiedad es posible observar cómo algunos desencadenantes de los trastornos de depresión pueden vincularse o encontrarse en las condiciones que viven los niños institucionalizados.

3.5- La Depresión.

Por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, pérdida de interés o placer, la falta de capacidad de respuesta y condiciones similares, que se utilizan para describir este estado de ánimo negativo. El síntoma puede adquirir el significado coloquial sin significar que existe una enfermedad. Es posible y normal experimentar diversos periodos de tristeza, aunque no al grado o con la frecuencia necesaria como para catalogarse como trastorno depresivo. Este diagnóstico se aplica para la noción de depresión como un síndrome o una enfermedad (Polaino, 1988). Entonces, el trastorno de depresión consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta. Las variaciones que se han hallado en los índices de depresión influyen en los distintos criterios empleados para su definición. Sin embargo, muchas de estas coinciden en que un aspecto fundamental son la tristeza o disforia, sentimientos de desesperanza y

culpa y el alejamiento social. Es muy frecuente que el diagnóstico de depresión esté relacionado con el criterio o enfoque del instrumento o medición que se emplee.

Se ha discutido que el trastorno depresivo no es un solo síntoma aislado, sino más bien la relación de un conjunto de síntomas. Al respecto Kazdin y colaboradores (1986) agregaron que para que un síntoma o conjunto de síntomas sea considerado como depresión es preciso que se refleje un cambio en la conducta habitual, que el afecto depresivo presente consistencia en el tiempo y que no se deba a un precipitante importante. Se considera que uno de los criterios más importantes para el diagnóstico es el impacto de los síntomas en el funcionamiento cotidiano (Polaino, 1988). Generalmente, el trastorno de depresión se asocia con otros problemas médicos y psicológicos (Barret, 2004).

Por otra parte, rara vez se presentan todos los síntomas de la depresión, por ello el diagnóstico se realiza a partir de síntomas evidentes. Particularmente se manifiesta con un estado de ánimo de profunda tristeza, pérdida de interés, y desesperanza. Estos comportamientos pueden ir acompañados por cambios de apetito o peso, en las pautas de sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Es importante resaltar que, dependiendo de la persona, los síntomas se harán más evidentes en determinados aspectos y posiblemente de diferentes formas. Las personas cercanas al deprimido generalmente notan un creciente aislamiento social y/o el abandono de aficiones.

Con base en estas consideraciones el DSM-IV ha clasificado los trastornos depresivos. Dicha clasificación se basa en el grado, número y persistencia de la sintomatología depresiva. Incorpora a su valoración el nivel de incapacidad o impacto

que la depresión causa en la funcionalidad del sujeto. De acuerdo con estos criterios el DSM-IV cataloga los trastornos depresivos en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado.

Independientemente del trastorno de depresión, generalmente no se diagnostica y no se recibe la atención indicada. Se calcula que en México sólo un 29 % de las personas con un episodio de depresión alguna vez en la vida ha buscado la ayuda de algún tipo de profesional (Benjet, et al., 2004). De acuerdo con estos autores, el porcentaje no varía de acuerdo con la edad de inicio del trastorno. Sin embargo, el buscar ayuda al primer episodio o en un episodio subsiguiente y la latencia sí varían conforme a la edad de inicio.

3.6-. Perspectivas de la depresión

Como ya se mencionó el desarrollo de la psicopatología implica más de un solo elemento o condición. Generalmente, es el resultado de la combinación de diversos factores psicobiosociales. Se ha encontrado que condiciones indeseables en la vida del sujeto suelen precipitar la depresión. Algunas de estas condiciones son problemas económicos, relaciones problemáticas, pérdidas significativas, enfermedades y accidentes, entre otros.

Independientemente de que se identifique o no un factor precipitante de la depresión, es pertinente mencionar que las alteraciones en el estado de ánimo y las manifestaciones conductuales van acompañadas por cambios químicos y físicos en el cerebro que modifican su funcionamiento. Debido a que no es posible omitir las consecuencias o cambios químicos que se suscitan en el organismo durante la depresión, se han propuesto enfoques psicobiológicos. Existe una gama de perspectivas que abarcan desde los modelos genéticos hasta los neuroendócrinos.

Aunque no se ha determinado ningún modo de transmisión genética preciso, se ha sugerido un modo de transmisión ligado al cromosoma X en algunos trabajos sobre trastorno afectivo bipolar (Cantwell & Carlson, 1987). Considerando la neuroquímica del cerebro, se ha sugerido que el exceso de neurotransmisores conlleva a estados maníacos, y que su disminución provoca depresión (Solloa, 2001). Al respecto se ha investigado el efecto de algunos de los neurotransmisores involucrados: la norepinefrina, la serotonina y la acetilcolina. No obstante, se ha indicado que los trastornos mentales no sólo se deben a la presencia o ausencia del neurotransmisor, sino también a una compleja relación entre los emisores y receptores. Se ha relacionado las disfunciones de los ejes neuroendocrinos y córtico suprarrenal con la presencia de cuadros depresivos (Gunnar et al., 2001).

Por otra parte, la corriente culturista propone que la depresión es una respuesta a las exigencias sociales y el efecto que la sintomatología produce en los demás. De alguna manera el deprimido emplea su "estado" para satisfacer sus objetivos. De acuerdo con esta perspectiva, el individuo con depresión se vale de la autocompasión y extorsiona a los demás para cumplir sus objetivos. Esta visión de la depresión se ampara en algunos preceptos del aprendizaje y de reforzamiento social.

Actualmente las perspectivas cognitiva y conductual brindan uno de los enfoques más completos sobre la depresión. Estas perspectivas proponen y han demostrado con datos de investigación que en la depresión se ven inmersas variables tanto cognitivas como conductuales. Con respecto al enfoque cognitivo, una de las propuestas más difundidas es la Triada Cognitiva propuesta por Beck en 1976. La triada Cognitiva se refiere a una distorsión cognitiva compuesta por expectativas negativas del ambiente, auto apreciación negativa y expectativas negativas hacia el futuro. Aunado a estos factores, se enfatiza la presencia de esquemas depresógenos como una forma estable de asimilar y explicar las experiencias de vida en la que los sujetos se centran en

estímulos negativos y a conceptualizar las situaciones en forma pesimista. Por último, se hace mención de los errores cognitivos o esquemas de pensamiento negativo que se desarrollan en la vida y son reactivados en respuesta ante el estrés. Las experiencias cotidianas se perciben a través de este lente cognitivo que distorsiona la realidad en forma negativa. Es importante mencionar que se ha propuesto que aunque los niños no necesariamente cumplen con todos los factores de la triada cognitiva, sí presentan una autoestima disminuida, distorsiones en su pensamiento y desesperanza en relación con su futuro (Prescott, et al., 1998).

Por otra parte, las teorías o modelos conductuales incorporan elementos del condicionamiento clásico y operante, como la desesperanza y control de los eventos externos. Es prudente aclarar que el enfoque cognitivo y el conductual comparten diversos elementos, por lo cual más que explicaciones excluyentes se consideran complementarias.

Finalmente, el modelo transaccional considera las múltiples relaciones de la diversidad de factores como recursos ambientales, las características del cuidador y del niño como atribuciones dinámicas para la depresión infantil. No obstante, aclara que cierta disposición genética puede constituir una predisposición para anomalías bioquímicas, solamente si concurre la acción de algún mecanismo psicológico. Estas anomalías bioquímicas pueden, a su vez, representar una predisposición para el desarrollo de trastornos psicológicos, si se suscita un proceso de socialización determinado (Solloa, 2001). Se ha descrito que la depresión en edad temprana se vincula con una mayor probabilidad de presentar trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, dependencia a drogas, y trastornos de ansiedad en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta (Benjet, et al., 2004).

3.7-. Depresión en niños

En México se ha hallado que 2% de la población, aproximadamente dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad (Benjet, et al., 2004). De igual forma que la depresión puede manifestarse de maneras diferentes de persona a persona, también es probable que el cuadro de síntomas varíe en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el individuo (Polaino, 1988). La sintomatología puede verse reflejada en el crecimiento cognitivo progresivo del individuo. De este modo, podría esperarse que la depresión en el niño despliegue diferentes manifestaciones que las que se presentan en los adultos. En los niños y los adolescentes la depresión, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse como un estado de ánimo irritable o inestable (DSM-IV). Ariete (1978) menciona que los síntomas más frecuentes de la depresión en los periodos intermedios y finales de la infancia son la tristeza, retraimiento, frustración, escasa capacidad para formar vínculos y agresión manifiesta. Barret (2004), por su parte, agrega que los niños con depresión suelen mostrarse especialmente agitados sin quedarse quietos y con conductas agresivas. En los adolescentes, la depresión se manifiesta como pesimismo, comportamiento antisocial, y sentimientos de incompreensión. Por otra parte, en los adultos mayores la depresión se caracteriza por distracción y pérdida de memoria (Barret, 2004).

De acuerdo a Nissen (en Polaino, 1988) existe una relativa correspondencia entre las distintas edades y los diferentes síntomas que caracterizan a la depresión. Así, propone que en la edad preescolar existe un rechazo al juego, agitación timidez, crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse. Años más tarde en la edad escolar (de 6 a 12 años) el niño presenta irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez, enuresis, encopresis, terrores nocturnos, llanto y gritos. Finalmente, en la preadolescencia y adolescencia se presenta rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimientos de

inferioridad y opresión. Este autor propone que la sintomatología se presenta de manera similar en niños y en niñas, sin embargo distingue que en las niñas se acompañan de conformismo y buen comportamiento.

Algunos estudios concernientes a la depresión han hecho énfasis en diferencias entre los géneros. Los resultados han descrito que las mujeres presentan puntajes más elevados de depresión que los hombres (Benjet, et al., 1999; Kessler, et al., 1994). Estas diferencias comienzan a notarse durante la pubertad y persisten hasta la vida adulta. En un estudio al comparar los puntajes obtenidos en una prueba de depresión (CES-D) en un grupo de adolescentes, el número de mujeres diagnosticadas con depresión fue más del doble que los varones con este diagnóstico (Prescott, et al., 1998). En contraste los niveles de depresión en niños y pre púberes no difieren de un sexo a otro (Benjet, et al., 1999; Leech, Larkby, Day, & Day, 2006; Lewinsohn, et al., 1995).

Por otra parte se ha encontrado que existe mayor prevalencia de depresión en niveles socioeconómicos más bajos (Benjet, et al., 1999). Se ha destacado que los efectos acumulados de la pobreza influyen directamente en la vulnerabilidad física y psicosocial del niño que crece y se desarrolla en medio de factores ambientales adversos (UNESCO 1997). Se ha observado que la percepción negativa de la familia está relacionada con sintomatología depresiva (Millikan, Wamboldt, & Bihun, 2002). De acuerdo con estos autores, entre más percepciones negativas de los adolescentes, su sintomatología depresiva será más evidente. Cerezo y Frías (1994) señalan que los niños maltratados consideran que tienen un control menor sobre los acontecimientos negativos que, además, atribuyen a causas internas y estables. Por otra parte los niños maltratados físicamente presentan un locus de control externo con relación a las experiencias desagradables.

3.8- Ansiedad y depresión en niños institucionalizados.

En México el trastorno que ocupa el primer lugar de incidencia es el de ansiedad, al presentarse en más del 14 % de la población. En tercer lugar, seguido del problema de abuso de sustancias, se encuentran los trastornos de ánimo con un 9.1% (Medina-Mora, et al., 2003). En lo que respecta a estudios epidemiológicos en niños se ha encontrado que la ansiedad y la depresión representan dos de las formas más comunes de psicopatología durante la niñez y la adolescencia con una prevaencia de un 8% a un 22 % y de 2 % a un 5% respectivamente (Fleming & Offord, 1990). No obstante, debido a los factores involucrados en el entorno institucionalizado, podría especularse que los trastornos depresivos y de ansiedad se presentan con mayor proporción e intensidad en niños institucionalizados que en niños de población general.

Algunos autores han propuesto que el entorno institucionalizado presenta diversos factores de riesgo que anuncian el desarrollo de depresión (Frank & Klass, 1996; Hortacsu, Cesur, & Oral, 1993; Levy & Davis, 1998). Entendemos por factores de riesgo las situaciones, ya sean pasivas o activas, que predicen peligro para el bienestar del individuo o que acarrearán directamente consecuencias negativas para su salud, o comprometen aspectos de su desarrollo. Algunos factores de riesgo que se han relacionado con sintomatología depresiva son: la falta de expectativas futuras, la falta de destrezas sociales, las conductas de riesgo en relación al consumo de drogas y alcohol, la autoestima baja y la inestabilidad familiar (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004).

Por otra parte, el posible impacto del entorno en otras áreas del desarrollo, como la física, cognitiva, social y emocional, puede representar un aliciente para la aparición de los trastornos de ansiedad y/o depresión. Considerando los problemas que se

suscitan en cuanto al apego, los niños institucionalizados se enfrentan con situaciones que de alguna manera los hace más vulnerables al desarrollo de estos trastornos. Además de los factores de riesgo encontrados en el contexto institucional, se ha propuesto que la ausencia de una familia aumenta el posible impacto de estas condiciones en los niños. La familia fomenta en el niño o adolescente las expectativas a futuro, permite y facilita la pertenencia a grupos, genera un desarrollo moral adecuado, influye en el desarrollo de la auto estima y previene conductas de riesgo propias del adolescente (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004).

Al considerar estos factores resulta necesario y esclarecedor examinar la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en un entorno en donde las condiciones parecieran ser un medio propicio para su emancipación. Sin embargo esta información resulta escasa, si no es que nula. Por ende es necesario reforzar la investigación y los proyectos que permitan paliar la actual escasez de datos y experiencia, y ayuden a adaptar las medidas al progreso y del conocimiento. La necesidad de este estudio radica en la posibilidad de comprender mejor estos trastornos y aun más importante en la obligación de disponer de más información que permita brindar una mejor calidad de vida a los niños institucionalizados.

Tomando en cuenta que existen indicios a partir de los cuales podría especularse que la población de niños institucionalizados es vulnerable a la ansiedad y la depresión, el presente trabajo tiene como finalidad estudiar la presencia de ansiedad y depresión en niños mexicanos con entorno institucionalizado y compararlos con niños que viven en un ambiente familiar. Explorar si el entorno institucionalizado ofrece un contexto en donde la ansiedad y depresión se presentan en mayor proporción, y si presentan puntajes más altos de estos trastornos que los niños que viven con sus familias. Finalmente, si el tiempo de institucionalización, el motivo y la edad de ingreso se relacionan con la presencia de estos trastornos en los niños institucionalizados.

4-. Método:

Preguntas de Investigación

¿Es mayor el número de niños institucionalizados que cumplen con el criterio diagnóstico de ansiedad y depresión que el número de niños con familia?

¿Presentan más ansiedad y depresión, puntajes más altos, los niños institucionalizados que los niños con familia?

¿Presentan más ansiedad y depresión, puntajes más altos, los niños varones institucionalizados que los niños varones con familia?

¿Presentan más ansiedad y depresión, puntajes más altos, las niñas institucionalizadas que las niñas con familia?

¿Presentan más ansiedad y depresión los niños institucionalizados que ingresaron por maltrato que los niños que ingresaron por abandono?

¿Se encuentran niveles más altos de ansiedad y depresión en los niños que han permanecido más tiempo en la institución (6 a 12 años) que en los que han permanecido menos tiempo (1 a 5 años)?

¿Varían los niveles de ansiedad y depresión dependiendo de la edad de ingreso de los niños a la institución (1 a 6, 7 a 9 ó 10 a 12)?

Participantes

La muestra comprendió 196 niños de 7 a 12 años provenientes de dos grupos (Tabla 4.1). Un grupo integrado por niños que viven en un entorno familiar y otro grupo de niños que viven en un entorno institucionalizado (Tabla 4.2). El primer grupo se constituyó por 110 niños de una escuela primaria pública de un nivel socioeconómico medio bajo. El segundo, por 86 niños con un año o más de residir en alguna institución. La participación de todos los niños fue voluntaria, se solicitó la autorización de sus padres o de la institución por medio de una carta de consentimiento informado

(anexo A). Se consideró como criterio de exclusión que los niños presentaran capacidades especiales como cualquier tipo de daño cerebral o discapacidad física.

Tabla 4.1

Edad de los niños por grupo.

Años	Grupo Familia	Grupo Inst
7 a 8	41	19
9 a 10	40	34
11 a 12	29	33
Media	9.1	9.9

Tabla 4.2.

Distribución de los sujetos por sexo y por entorno.

	Niñas	Niños	Total
Entorno Familiar	54	56	110
Entorno Institucional	46	40	86
Total	100	96	196

El motivo de ingreso de los niños a la casa hogar tradicionalmente se clasifica en dos: por maltrato y por abandono. En la primera clasificación se incluye maltrato físico, el abuso sexual y las privaciones; en la segunda, los problemas familiares, el robo de infante, o la iniciativa propia. De los niños evaluados el 49 % (n = 42) ingresó por maltrato mientras que el otro 51 % (n = 44) ingresó por abandono de su cuidadores.

El tiempo de institucionalización de los niños varió considerablemente entre uno y 12 años, predominando los niños que llevaban menos de 6 años en la institución (n = 75). Tan sólo un 13 % de la población tenía más de 6 años vivir en el entorno institucionalizado (n = 22). La edad de ingreso fluctuó entre el año hasta los 12 años de edad. En esta distribución el 52 % de los niños ingresaron entre los 6 y 8 años de edad (n =45), el 27 % de los niños ingresaron entre los 9 y 12 años (n =23) y 21 % ingresaron entre el año y los 5 años (n =21).

Escenario

Las aplicaciones se llevaron a cabo en las instalaciones de una escuela primaria pública y de dos casas hogar. Las tres instituciones se ubican al sur de la ciudad de México. En el caso de la escuela la aplicación se realizó en el horario de clases en las aulas respectivas en presencia del maestro. Las aplicaciones en las casas hogar se llevaron a cabo en el horario destinado a “accesoria académica”, en los salones correspondientes.

La población con entorno institucionalizado se contempló en una casa hogar para niñas y en una casa hogar para varones. Las dos casas hogar pertenecen a la misma organización, por lo cual se rigen por reglamentos y disposiciones similares. El perfil de los niños ingresados son niños y niñas de 6 a 12 años provenientes de la comunidad o bien de alguna institución pública o privada. Ambas casas son instituciones semiabiertas en donde los niños acuden a escuelas circundantes y realizan actividades recreativas fuera de la institución. Cada casa hogar cuenta con personal, áreas y horarios específicos para que los niños desempeñen diversas actividades académicas, recreativas, culturales y personales.

Los niños viven en edificios con una capacidad promedio de 50 niños, divididos en grupos de 6 a 8. Aproximadamente ocho cuidadores por edificio, divididos en dos turnos (matutino-vespertino), se encargan de atender y vigilar a los niños. Los niños en estas casas reciben cuidados especializados de psicólogos, nutriólogos y médicos.

Instrumentos

a) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). Es una escala que incluye 20 reactivos diseñados para evaluar la depresión. Los reactivos se derivan de otros instrumentos que han demostrado ser fehacientes en la evaluación de la depresión. Este instrumento permite medir el nivel actual de

sintomatología depresiva y ánimo depresivo (Por ej., 5-. Me sentí deprimido), sentimiento de desesperanza (Por ej., 7-. Sentí que no me dirigía a algún lado), pérdida de apetito (Por ej., 2-. No tuve hambre o apetito) y problemas de sueño (Por ej., 9-. Dormí sin poder descansar). Empleando una escala de 4 puntos, la sumatoria indica la frecuencia con la que se han presentado los síntomas durante la pasada semana. Las categorías de respuesta incluyen 0-rara vez, (0 días), 1- poco (uno o dos días), 2 - moderadamente (tres o cuatro días) y 3 denota la mayor parte del tiempo (de cinco a siete días). Cuatro reactivos se califican inversos para obtener un sumatoria final de 0 a 60. La sumatoria final del CES-D es sensible al grado de la gravedad del síntoma por lo que puede discriminar entre pacientes clínicos y subclínicos. Se empleó una adaptación del CES-D para población de niños mexicanos (Benjet, et al., 1999). Con una confiabilidad de (alfa de Cronbach) de .85.

b) Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS, Spence, 1997). El instrumento consiste de 44 reactivos, de los cuales 38 brindan un puntaje general que evalúa la presencia de trastorno de ansiedad y 6 reactivos para reducir los sesgos de respuesta negativa (Spence, 1998). Los criterios de los reactivos de ansiedad son los establecidos por el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Además de un puntaje general, 6 exploran la presencia de trastorno de ansiedad generalizada (Por ej., 3-. Cuando tengo un problema siento raro en el estomago), 6 para trastorno de ansiedad por separación (Por ej., 5-. Siento temor cuando estoy solo (a) en casa), 6 para fobia específica (Por ej., 18-. Me dan miedo los perros), 6 para trastorno obsesivo compulsivo (Por ej., 19-. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.), 6 para trastorno de pánico y 3 para agorafobia (Por ej., 13-. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna.), 6 para fobia social (Por ej., 29-. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí), y 5 reactivos para miedos a heridas físicas (Por ej., 22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.). Los reactivos se distribuyen de manera aleatoria y se responden en una escala de 3 puntos. Se solicita a los niños

que juzguen la frecuencia de cada síntoma, con 0 nunca, 1 a veces y 2 muchas veces. Se empleó una versión adaptada para población de mexicana con alfa de Cronbach de .9077 (Hernández-Guzmán, et al., 2006).

c) Expediente del niño: En lo referente a los antecedentes del niño se solicitó al personal información con respecto a:

- a) Motivo de ingreso: Las instituciones clasifican la razón de ingreso a la institución en maltrato (psicológico, físico, sexual o privación); o abandono (voluntario o involuntario, robo).
- b) Tiempo de estancia en la institución: El tiempo que el niño ha vivido en condiciones de entorno institucionalizado. Se dividió en dos grupos de 1 a 5 años y otro de 6 a 12 años de vivir institucionalizados.
- c) Edad de ingreso: La edad en la cual el niño ingresó a esa u otra institución, que se clasificó en 3 grupos, infantes y niñez temprana (1 a 5 años), niñez (6 a 8 años) y pre y pubertad (9 a 12 años).

Procedimiento

Se solicitó permiso a las instituciones para la aplicación de los instrumentos mencionados. En el caso de la escuela se mandó una circular a los padres solicitando autorización para que sus hijos contestaran los instrumentos. Los instrumentos se aplicaron de manera grupal en sus aulas conforme al grado escolar. En lo que respecta al grupo institucionalizado, las aplicaciones se realizaron en grupos por edad de entre 4 y 8 niños. Los datos concernientes a la edad y motivo de ingreso y tiempo de institucionalización se solicitaron al personal de la casa hogar.

La aplicación de los instrumentos en cada grupo se llevó a cabo en una sola sesión de aproximadamente 50 minutos. Después de explicar las instrucciones se brindó a cada niño un cuadernillo con los instrumentos y una hoja de respuesta. Cada uno de los

reactivos se leyó en voz alta. En caso de dudas relacionadas a los reactivos se brindó más información. Al finalizar, se explicó a los niños la finalidad de los cuestionarios, se aclararon las dudas al respecto y se agradeció su colaboración. El período de aplicación de los instrumentos a ambos grupos fue de 4 semanas.

Análisis de Datos

Se elaboró una base de datos y se analizó por medio de pruebas estadísticas. Para ello se empleó el Programa Estadístico para Ciencias Sociales versión 11 (SSPS 11).

Estadísticos descriptivos: Se analizaron los datos obteniéndose las medidas de distribución de cada población (sexo, edad, edad de ingreso, motivo de ingreso y tiempo de institucionalización).

Para determinar el punto de corte de los instrumentos, en población mexicana, se empleó la fórmula propuesta por Jacobson y Truax (1991). De acuerdo con estos autores, esta fórmula sirve para obtener puntos de corte, por arriba del cual se considera que la persona se ubica en el área de psicopatología y por debajo del cual cae en la normalidad. Se calculó con la siguiente fórmula.

$$\frac{\mu_1 \sigma_2 + \mu_2 \sigma_1}{\sigma_1 + \sigma_2}$$

En donde μ_1 representa la media de un grupo de población general y μ_2 la media del grupo de la investigación. Los símbolos σ_1 y σ_2 representan la desviación estándar de cada grupo respectivamente. El valor de μ_1 se obtuvo de un estudio realizado a una muestra de 1681 niños mexicanos entre 7 y 16 años de edad (Hernández-

Guzmán, et al., 2006). Para el valor de μ_2 se empleó la media de los niños evaluados en esta investigación. Al calcular los puntos de corte con dichos valores se obtuvo un punto de corte de 17.5 para el CES-D y uno de 31.0 para la SCAS.

Una vez establecidos los puntos de corte se identificó a los sujetos que manifestaron ansiedad y/o depresión. A continuación se exploró la existencia de diferencias entre los niños institucionalizados y los del entorno familiar en cuanto a ansiedad y depresión, para ello se calculó una χ^2 entre los sujetos por encima y por debajo del punto de corte.

Con el fin de determinar si existían diferencias en el nivel de ansiedad y depresión que manifestasen los grupos, se calculó la prueba t para grupos independientes. De la misma manera se investigó si los niños varones institucionalizados presentan más ansiedad y depresión (puntajes más altos) que los niños varones que viven con sus familias. Este último procedimiento se repitió para explorar si las niñas institucionalizadas presentan mayor ansiedad y depresión que las niñas que viven con sus familias.

Se empleó la prueba t de student para calcular si los niños institucionalizados que ingresaron por abandono manifiestan niveles más altos de ansiedad y depresión que aquellos que ingresaron por maltrato. Así mismo, se determinó mediante la prueba t si en los niños que han permanecido más tiempo en la institución (7 a 12 años) se observan niveles más altos de estos trastornos en comparación con los niños que han permanecido menos tiempo (1 a 6 años). Finalmente un ANOVA sirvió para explorar si los niveles de ansiedad y depresión en los niños institucionalizados varían dependiendo de la edad a la que ingresaron a la institución.

5-. Resultados

Ansiedad

Se observó que 52 de los 86 niños (60.5 %) institucionalizados se encuentran por arriba del punto de corte para el criterio de ansiedad. En contraste, 50 de los 110 niños con entorno familiar (45.5%) rebasaron el punto de corte. Al analizar si esta diferencia es significativa se obtuvo una $X^2 = 4.36^*$, $p = 0.037$.

En cuanto al nivel de ansiedad que manifestaron los niños de cada entorno, se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($t = -3.09$, $p = .002$). Los niños institucionalizados alcanzaron una media de 34.70 (D.E. = 12.7) mientras que la media de los niños con familia fue de 28.9 (D.E. = 13.5)(Tabla5.1).

Tabla5.1

Diferencias de la media de las medias de los puntajes ansiedad entre el grupo con entorno familiar y el grupo institucionalizado.

Grupo	N	Media	DE	t
Entorno familiar	110	28.9	13.5	-3.085*
Entorno Inst.	86	34.70	12.7	

* $p \leq 0.05$

Al analizar el nivel de ansiedad que manifiestan los niños varones del entorno institucionalizado ($X = 30.35$, D.E. =10.5) en comparación con los niños varones con familia ($X =25.3$, D.E. 10.3), se encontró que las diferencias son significativas ($t = -2.349$, $p = .021$). Resultados similares (Tabla5.2) arrojó la comparación entre el nivel de ansiedad que manifiestan las niñas institucionalizadas ($X =38.5$, D.E. =14.8) con respecto al de las niñas con familia ($X =32.6$, D.E. =13.9) ($t = -2.040$, $p = .04$).

Tabla5.2

Diferencias de los puntajes de ansiedad entre el grupo con entorno familiar y el grupo con entorno institucionalizado por sexo.

	Grupo	N	Media (X)	D.E.	T
Sexo	Niños EF	56	25.3	10.3	-2.349*
	Niños EI	40	30.35	10.5	
	Niñas EF	54	32.6	13.9	-2.040*

	Niñas EI	46	38.5	14.8	
--	----------	----	------	------	--

* p ≤ 0.05

La comparación entre el nivel de ansiedad de los niños institucionalizados que ingresaron por abandono de sus familiares (X =34.4, D.E. =12.2) y los que ingresaron por algún tipo de maltrato (X =35.0, D.E. =14.9) no resultó significativa (t =-0.202, p =0.840)(Tabla5.3). De igual forma, no se encontraron diferencias significativas al comparar el nivel de ansiedad entre los niños institucionalizados que llevaban de 1 a 5 años de institucionalización (X =35.75, D.E. =13.47) y los niños que llevaban de 6 a 12 años en la institución (X =27.64, D.E. =12.42) (t =0.902, p =0.370)(Tabla5.4).

Tabla5.3

Diferencias de la media de los puntajes de ansiedad con respecto al motivo de Ingreso.

Motivo de ingreso	N	Media (X)	DE	t
Maltrato	42	34.4	12.2	-0.202
Abandono	44	35.0	14.9	

Tabla5.4

Diferencias de la media de los puntajes ansiedad con respecto al tiempo de institucionalización.

TEMPIREC	N	MEDIA	DE	t
1 a 5 años	75	35.75	13.47	1.881
6 a 12 años	11	27.64	12.42	

Finalmente, al explorar si los niveles de ansiedad variaban entre los niños que ingresaron entre 1 y 5 años de edad (t =31.3, D.E. =11.7), los que llevaban entre 6 y 8 años (t =35.3, D.E. =14.4) y los que llevaban entre 9 y 12 años (t =36.6, D.E. =13.2), se obtuvo una F(2,83) = 0.770, p =0.466 (Tabla5.5).

Tabla5.5

Diferencias de la media de los puntajes de ansiedad con respecto a la edad de ingreso.

Edad Ingreso	N	Media (X)	DE	F
0 a 6 años	18	31.3	11.7	0.770

7 a 9 años	45	35.3	14.4
9 a 12 años	23	36.3	13.2
Total	86	34.7	13.5

Depresión

Se detectó que 49 de los 86 niños institucionalizado (57%) se encuentran por arriba del punto de corte que distingue entre deprimidos y normales. En contraste, en el grupo familiar 53 niños de 110 (48%) refirieron puntajes que rebasan el punto de corte. Al analizar si esta diferencia es significativa se obtuvo una X^2 de 1.50, $p = 0.221$.

Al examinar el nivel de depresión que presentan los niños de cada grupo se observó que los niños institucionalizados presentan una media de 20.3 (D.E. =9.3) y los niños con entorno familiar una media de 18.7 (D.E. =8.6). Al comparar estos puntajes se encontró una $t = -1.277$, $p =0.203$ (Tabla5.6).

Tabla5.6

Diferencias de la media de los puntajes depresión entre el grupo con entorno familiar y el grupo institucionalizado.

	Grupo	N	Media	DE	t
CES-D	Entorno familiar	110	18.7	8.6	-1.277
	Entorno Inst.	86	20.3	9.3	

La media del nivel de depresión de los niños varones institucionalizadas fue de 19.4, (D.E. =7.9), mientras que los niños varones con familia refirieron una media de 7.1 (D.E. =6.9). Al analizar si esta diferencia es significativa se obtuvo una $t =-1.502$, $p =0.137$. Resultados similares (Tabla 5.7) se encontraron al comparar el nivel de depresión que presentan las niñas institucionalizadas ($X =21.2$, D.E. =10.3) con

respecto al nivel que refieren las niñas con familia ($t = 20.40$, $D.E. = 9.7$) ($t = -0.0390$, $p = 0.698$).

Tabla 5.7

Diferencias de los puntajes de depresión entre el grupo con entorno familiar y el grupo con entorno institucionalizado por sexo.

	Grupo	N	Media (X)	DE	T
Depresión	Niños EF	56	17.1	6.9	-1.502
	Niños EI	40	19.4	7.9	
	Niñas EF	54	20.40	9.7	-0.390
	Niñas EI	46	21.2	10.3	

Por otra parte, al investigar el nivel de depresión que refieren los niños institucionalizados que ingresaron por maltrato ($X = 21.2$, $D.E. = 9.7$), en comparación al nivel que presentan los niños que ingresaron por abandono ($X = 19.4$, $D.E. = 8.8$), se obtuvo una t de 0.902 , $p = 0.370$ (Tabla 5.8).

Tabla 5.8

Diferencias de la media de los puntajes de depresión con respecto al motivo de ingreso.

Motivo de ingreso	N	Media (X)	DE	t
Maltrato	42	21.2	9.7	0.902
Abandono	44	19.4	8.8	

Al analizar el nivel de depresión de los niños que llevaban de 1 a 5 institucionalizados ($X = 20.88$, $D.E. = 9.68$), se observó que resultan significativamente mayores ($t = 2.547$, $p = 0.17$) que el nivel de los niños que llevaban de 6 a 12 años institucionalizados ($X = 16.45$, $D.E. = 4.41$) (Tabla 5.9).

Tabla 5.9

Diferencias en el nivel de depresión con respecto al tiempo de institucionalización.

	TIEMPO INS	N	MEDIA (X)	DE	T
Depresión	1 a 5 años	75	20.88	9.68	2.547*
	6 a 12 años	11	16.45	4.41	

* $p \leq 0.05$

Por último, al comparar los niveles de depresión entre los niños que ingresaron entre 1 a 5 años ($X = 19.0$, D.E. =6.5), los que ingresaron entre 6 a 8 ($X = 19.6$, D.E. =8.3) y los que ingresaron de 9 a 12 años ($X = 22.8$, D.E. =12.6), se obtuvo una $F(2,83) = 1.141$, $p = 0.325$.

Tabla5.10

Diferencias de la media de los puntajes de depresión con respecto a la edad de ingreso.

Edad Ingreso	N	Media (X)	DE	F
0 a 6 años	18	19.0	6.5	1.141
7 a 9 años	45	19.6	8.3	
9 a 12 años	23	22.8	12.6	
Total	86	20.3	9.3	

6.- Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que los niños institucionalizados pueden presentar niveles más altos de ciertos trastornos psicológicos que los niños que viven en un entorno familiar. Así mismo, dichos resultados desvinculan determinados aspectos de la institucionalización (edad y motivo de ingreso) con la presencia de niveles más altos de ansiedad y depresión en los niños.

Mediante estudios previos, se ha documentado que los niños que crecen en instituciones suelen desarrollar más problemas psicológicos, de desarrollo y cognitivos, en comparación con los niños que crecen en un ambiente familiar (Wolkind & Rushton, 1994). Así mismo, se ha indicado que el entorno institucionalizado tiene mayor impacto negativo en el desarrollo social y emocional que en el desarrollo físico y cognitivo (Harlow, et al., 1965; Ladesman, 1990; Rutter & Quinton 1984; Tizard & Hodges, 1978). Sin embargo, resulta insuficiente la información que describe el impacto del entorno institucionalizado en el desarrollo de trastornos psicológicos en el niño. Debido a la incipiente o inexistente investigación que se ha realizado en esta área, resulta imperativa la realización de estudios que permitan sondear y conocer el impacto que puede tener la institucionalización en el desarrollo emocional del niño.

Una evaluación detallada de los efectos del cuidado institucional debe considerar el estado emocional del niño al momento de ingreso, el motivo por el cual llegó a la institución, la estructura social de la institución, la calidad de crianza, grado de institucionalización (cerrado – semiabierto) e ideologías de la institución (Schmid & Bar-Nir, 2001). De acuerdo con la literatura, algunos factores que pueden exacerbar más el impacto dañino de la institucionalización son: el motivo de ingreso, el tiempo de institucionalización y la edad de ingreso (Chisholm, 1998; O'Connor, et al., 2000; Thompson, 2001).

El primer propósito de este estudio fue explorar si existe una mayor prevalencia de ansiedad en niños mexicanos que viven en un entorno institucionalizado, en comparación con niños con un entorno familiar.

Ansiedad

Con respecto a la ansiedad, se encontró que la proporción de niños institucionalizados que cumplen con el criterio de ansiedad es mayor. Este resultado se reiteró al comparar el nivel de ansiedad que se manifiesta en uno y otro grupo. Se observó en los niños institucionalizados un nivel mayor de ansiedad que en los niños con familia. Para ahondar sobre este hallazgo, se analizó si estas diferencias persistían entre niños varones institucionalizados y sus contrapartes con familia; y entre las niñas institucionalizadas y aquéllas con familia. Tanto las niñas como los niños institucionalizados refieren mayor ansiedad que sus pares que viven con su familia. De esta manera, es posible advertir que la institucionalización se asocia con más ansiedad sin importar el sexo del que se trate. Estos datos corresponden a lo encontrado por otros investigadores, quienes han detectado que los niños institucionalizados en general se encuentran bajo mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad (Osofsky, Eberhart-Wright, Ware, & Hann, 1992; Wolff & Fesseha, 2005).

La mayor proporción y nivel de ansiedad en los niños institucionalizados probablemente se debe a diversos factores. Por un lado, la institución, como ambiente semiabierto, propicia interacciones sociales en el niño. Sin embargo, la institucionalización promueve en el niño comportamientos sociales inadecuados (comportamiento indiscriminado y baja empatía) que lo dejan en desventaja con respecto a otros niños (Groze & Ileana, 1996; Muhamedrahimov, et. al., 2004). De acuerdo con algunos autores, estas desventajas pueden traducirse en una fuente de

ansiedad (Ellis, Fisher, & Zaharie, 2004). Por otra parte, la dificultad de los niños institucionalizados para desarrollar apego seguro aumenta su vulnerabilidad a desarrollar trastornos de ansiedad (Winnicott, 1965). Por último, es importante agregar que, aunado al entorno institucionalizado, otros factores que se relacionan con el desarrollo de ansiedad en el niño institucionalizado son: desventajas físicas, un ambiente pobre, conflictos familiares y apoyo materno carente o inexistente (Leech, Larkby, Day, & Day, 2006).

En el presente estudio los niños que ingresaron por maltrato mostraron puntajes de ansiedad semejantes a los que manifestaron los niños que ingresaron por abandono. Algunos autores han sugerido que el nivel de ansiedad debería aumentar o disminuir dependiendo de las situaciones adversas que hubiese experimentado el niño antes de la institucionalización (Sloutsky, 1997; Thompson, 2001). Sin embargo, se ha propuesto que tanto el abandono como el maltrato representan un tipo de sufrimiento similar que se traduce en inestabilidad emocional, capacidad deficiente para la intimidad y mayor exhibición de afecto negativo (Parker & Herrera, 1996). El resultado de la presente investigación parece apoyar esta última noción, es decir, que ambas condiciones son dañinas.

Por otra parte, se apreció que el puntaje de ansiedad de los niños que han permanecido por menos tiempo en la institución (1 a 5 años) es similar al que refieren los niños que han permanecido más tiempo (6 a 12 años). Estos resultados difieren de lo concluido por Weitzman (2003), quien señaló que el tiempo de institucionalización se relaciona con el desarrollo de trastornos psicológicos. De igual modo, tampoco se observó un efecto en cuanto a la edad de ingreso. Otros estudios, por ejemplo el de Kadlec y Cermak (2002) habían propuesto que a menor la edad de ingreso, mayor el impacto adverso. Aparentemente, en el caso de los niños mexicanos estudiados no se observa un impacto diferencial de la edad de ingreso.

Depresión

Al igual que la ansiedad en ambos grupos se encontró una proporción alta de niños deprimidos y puntajes de depresión. No obstante, no se encontraron diferencias entre los grupos aún al analizarlos por sexo. Dichos resultados no presentan correspondencia con otras investigaciones, en donde se ha propuesto que el entorno institucionalizado promueve el desarrollo de la depresión (Brewin, Fith-Cozens, Furnham, & McManus, 1992; Cassidy, 1988; Levy & Davis, 1998).

Llama la atención el que la depresión no haya diferido de manera significativa entre niños institucionalizados y niños con ambiente familiar. Es pertinente mencionar y hacer énfasis que en ambos grupos se observó una alarmante proporción de niños deprimidos y puntajes altos de depresión. La media de ambos grupos rebasó el punto de corte establecido como criterio de depresión que establece el instrumento empleado para medirla. Bajo esta consideración, se podría explicar la ausencia de diferencias en cuanto a depresión en términos de que al provenir el grupo de comparación de un nivel socioeconómico medio bajo represente un agente de riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos como la depresión. Al respecto, se ha encontrado que los puntajes que manifiestan los niños de escuela públicas son significativamente mayores que los que se presentan en niños de escuelas privadas (Benjet, et al., 2004). La institución puede representar un ambiente menos adverso para el niño que un ambiente externo enrarecido por la pobreza (Frances, et al., 1991), el maltrato (Lamb, et al., 1985) y una situación familiar conflictiva (Millikan, et al., 2002).

En cuanto al posible efecto diferencial del abandono versus el maltrato en la depresión, Parker y Herrera (1996) habían encontrado que estas experiencias adversas impactan de manera similar al niño institucionalizado. El presente estudio

corroboró ese hallazgo en cuanto a depresión. Ello es así, dado que es muy alta la proporción de niños institucionalizados que rebasan el punto de corte, por lo que pueden considerarse deprimidos, se sugiere el efecto adverso tanto del maltrato como del abandono.

Otros estudios han concluido que el impacto negativo en el ámbito emocional en el niño institucionalizado presenta una relación directamente proporcional con el tiempo de institucionalización (Weitzman, 2003). Este hallazgo contrasta con la propuesta de que los niños que llevan menos tiempo en la institución presentan niveles más altos de depresión en respuesta a las recientes vivencias adversas en las que han participado (Frank, Klass, & Perri, 2000). Los resultados de este estudio se apegan a esta última propuesta. En el caso de las instituciones estudiadas, la atención especializada (médica, psicológica y de nutrición) que brinda la institución podría ayudar a que los niños que han permanecido más tiempo afrontaran mejor y superaran dichas vivencias adversas. Podría especularse también que el niño que lleva más tiempo ha logrado adaptarse mejor a su nuevo “hogar” y sentirse más cómodo y feliz, que el niño con menos tiempo.

La depresión tiende a presentarse de forma similar en los niños institucionalizados sin importar a qué edad hubiesen ingresado. Este hallazgo pone en duda la propuesta acerca de que lo que impacta más al niño institucionalizado es la privación materna temprana. Es posible proponer, entonces, que lo que precipitaría principalmente el desarrollo de problemas emocionales en el niño, sería la combinación de elementos del entorno institucionalizado con las experiencias previas a la institucionalización (Arranz, 2004; Bronfenbrenner, 1979; Novak, 1998). Es necesario realizar investigaciones más detalladas que permitan vincular aspectos específicos de la institucionalización con la ansiedad y depresión en los niños.

Es preciso aclarar que los resultados obtenidos en esta investigación deben considerarse a luz de ciertas limitaciones. Es necesario considerar que el tamaño y origen de la muestra probablemente difuminan la posibilidad de realizar generalizaciones. En primer lugar los niños con familia evaluados representan un pequeño número de la población y provenían de un mismo sector socioeconómico. En segundo lugar la mayoría de las casas hogar disponen de estructuras y reglamentos diferentes que impactan de forma distinta a los menores. Por estas razones, resulta de vital importancia aumentar el tamaño de la muestra integrando niños de otros niveles socioeconómicos y de otras casas hogar.

Otra limitación importante, resultó la dudosa veracidad de la información sobre la edad de ingreso y el tiempo de institucionalización del niño. En algunos casos no se disponía de un registro claro del tiempo de institucionalización del niño antes de que ingresara a esa institución. Esta situación impidió calcular el tiempo exacto de institucionalización de algunos niños.

Finalmente, la elevada proporción y nivel de ansiedad y depresión que se presentó en la muestra con ambiente familiar dificultó una adecuada comparación de estos trastornos en el entorno institucionalizado. Es necesario resaltar que resulta alarmante observar que la muestra de la población supuestamente sana, presenta niveles muy altos de ansiedad y depresión. Este fenómeno obliga a que se investigue más a fondo sobre la prevalencia de estos trastornos en la población general. Resulta entonces necesario que se indague sobre las condiciones del ambiente en el que se desarrollan los niños criados en familia.

Es fundamental mencionar que en la familia también se suscitan, en menor o mayor grado, algunos de los fenómenos que se describen propios de la institucionalización. La atención recíproca y personalizada que se esperaría ocurriera en la familia puede

no darse debido a diversas situaciones. Por un lado, el elevado número de hermanos o falta de alguno de los cuidadores disminuye la atención y cuidados que se brindan a cada niño (Tizard, 1978). Por otro lado, muchas veces los adultos de la familia dedican gran parte de su tiempo a actividades laborales y en respuesta descuidan a los niños (Arranz, 2004). Sea cual pudiera ser la razón, la desvinculación de los tutores al cuidado de los niños puede propiciar problemas de apego y cuidados insuficientes que repercuten en la salud del niño (Bowlby, 1989).

Por otra parte, la presencia de problemas económicos en la familia muchas veces desemboca en situaciones desfavorables como privaciones y altercados dentro de la familia. De acuerdo a la UNESCO (1997) la pobreza influye directamente en la vulnerabilidad física y psicosocial del niño. Es posible que en la familia se experimenten variaciones económicas que desestabilicen el patrimonio familiar trayendo consigo situaciones desagradables para sus integrantes. De acuerdo a Villatorio y colaboradores (2006) algunos de los factores relacionados con la violencia familiar y el maltrato infantil son grado de escolaridad de los padres, nivel socioeconómico bajo y conflicto entre padres. En el caso de los niños institucionalizados contemplados disfrutaban de una estabilidad de recursos materiales que les permite satisfacer sus necesidades alimenticias, médicas, de vestido, académicas y hasta donde es posible recreativas. Es posible que ambos espacios compartan factores de riesgo parecidos pero disten o se diferencien en lo concerniente a factores protectores o atenciones que brindan a los niños.

Es permisible plantear que el ambiente institucionalizado puede ser un ambiente fértil para el desarrollo de ansiedad y depresión en los niños. Es necesario exponer que no sólo las características de la institucionalización pueden favorecer la aparición de trastornos de ansiedad, sino también la historia del menor antes de ingresar. Algunos de los eventos adversos que deben considerarse son el maltrato o una abrupta

separación de sus cuidadores (Albus & Dozier, 1999; Zeanah, et al., 1993; Zeanah, et al., 2002), una familia disfuncional (Tabuada, et al., 1998), problemas de apego (Hodges & Tizard, 1989; Tizard & Rees, 1975), y habilidades sociales enrarecidas (Osofsky, et al., 1992). Lo que haría más riesgosa a la institucionalización es la combinación de elementos que convergen en el niño institucionalizado. Aunados a los factores de riesgo del ambiente institucionalizado, muchos de los niños institucionalizados no cuentan con factores protectores importantes como una familia, autoestima sólida, autoconfianza, reciprocidad y cuidados individualizados (Haquin, et al., 2004; Wolff & Fesseha, 2005). Tomando en cuenta estos elementos es posible percatarse de la necesidad inminente por implementar medidas enfocadas al bienestar emocional del menor institucionalizado.

Referencias

- American Academy of Pediatrics & Committee on Infectious Disease (1994). Redbook. Elk Grove, IL: *American Academy of Pediatrics*.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: *American Psychiatric Association*.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Arranz, F. (2004). *Familia y Desarrollo Psicológico*. Pearson Prentice Hall, Madrid.
- Bagenholm, G., & Kristiansson, B. (1987). Child health in a large-scale Ethiopian institution: The Children's Village, III growth and malnutrition. *Ethiopian Medical Journal*, 25, 15-21.
- Barret, P. (2004). Friends for life program; Group leaders' manual. *Australian Academia Press*, Australia.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Becker, (1987). *Tratado sobre la Familia*. Alianza Editorial. Madrid España.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*, 46(5), 417-424.
- Benjet, C., Hernández-Guzman, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A., & Chartt-León, R. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en Peri-Púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 177-185.
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Perwien, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-1119.
- Bolger, K., Patterson, C., & Kupersmidt, J. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69, 1171-1197.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. (1era edición) España: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. (1^{era} reimpresión). España: Paidós.
- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Brewin C. R., Firth-Cozens, J., Furnham A., & McManus, C. (1992). Self-criticism in adulthood and recalled childhood experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 561-566.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *Peer Reviewed Journal American Psychologist*, 34(10), 844-850.
- Burgess, E. W., & Locke, H. (1953). *The Family, from institution to companionship*. American Book Co., New York., pp. 3-8. Citado y traducido por Del Campo, Salustiano, Familias: Sociología y Política, Ed. Complutense, Madrid, 1995, pp.17.

- Cantwell, D., & Carlson, G. (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y en la Adolescencia*. España: Martínez Roca.
- Casler, L. (1961). Maternal deprivation: A critical review of the literature. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 26, 2–64.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year olds. *Child Development*, 59, 121-134.
- Cerezo, M. A., & Frías, D. (1994). Emotional and cognitive adjustment in abused children. *Child Abuse and Neglect*, 18(11), 923-932.
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092–1106.
- Chisholm, A., Carter, M. C., Ames, E. W., & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283–294.
- Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhasz, C., Nagy, F., & Chugani, D. C. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized Romanian orphans. *Neuroimage*, 14, 1290–1301.
- Cohen, P., Kasen, S., Brooks, J. S., & Struening, E. L. (1991). Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 989–993.
- Cole, D. A. (1990). Relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 422-429.
- Cuffe, S. P., Mckeown, R. E., Addy, C. L., & Garrison, C. Z. (2005). Family and Psychosocial Risk Factors in a Longitudinal Epidemiological Study of Adolescents. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 44(2).
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshaven, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., Jenkins, F. J., & Ryans, N. D. (1999). Developmental traumatology, part 1: Biological stress systems. *Biological Psychiatry*, 9, 1259–1270.
- Dennis, W., & Najarian, P. (1957). Infant development under environmental handicap. *Psychology Monograph*, 71, 1-13.
- DIF Nacional (2006), *Prediagnóstico sobre la dinámica familiar 1*. México
- Dobson, K. S. (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinic Psychology Review*, 5, 307–324.
- Ellis, H., Fisher, P. A., & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally Reared Romanian Children. *American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 43(10).
- Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy*. 42, 601–612.
- Federici, R. S. (1998). *Help for the hopeless child*. Alexandria, Virginia: Federici, R. S.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1995). Maternal depressive symptoms and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1161-1178.

- Field, T. (1995). Massage therapy for infants and children. *Journal of Developmental Behavior and Pediatric, 16*, 105-111.
- Fisher, P., Ellis, B., & Chamberlain, P. (1997). Early intervention foster care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated. *Child Services: Social Policy, 2*, 159-182
- Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 571-580.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1989). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information, *Psychobiological Bulletin, 99*, 20-35.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1991). Emotional processing: Theory, research and clinical implications for anxiety disorders. En J. D. Safran, & L. S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp 21-49), New York: Guilford Press.
- Frances, A., Mesfin, S., Alem, H., & Abdulaziz, A. (1991). Intellectual, social and nutritional status of children in an Ethiopian orphanage. *Social Science and Medicine, 33*, 1275-1288.
- Frank, D. A., Klass, & Perri, E. (1996). Infants and Young Children in Orphanages: One View from Pediatrics and Child Psychiatry. *Pediatrics, 97*(4).
- Goffman, E. (1962). *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. Chicago: Aldine.
- Goldfarb, W. (1945). Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry, 15*, 247-255.
- Groze, V., & Ileana, D. (1996). A follow-up study of adopted children from Romania, *Child and Adolescent Social Work, 13*, 541-565.
- Gunnar, M. R., Morison, S. J., Chisholm, K., & Schuder, M. (2001). Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology, 13*, 611-628.
- Gurney, C., Roth, M., Garside, R. F., Kerr, T. A., & Schapira, K. (1972). Studies in the classification of affective disorders: The relationship between anxiety states and depressive illness, II. *Behavior Journal of Psychiatry 121*, 162-166.
- Haquin, F., Larraguibel, Q., & Cabezas, A. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría, 75*(5), 425-433.
- Hansen, A. B. (1971). Short term differences of infant development in nursery homes and in private families. *Acta Paediatrica, 60*, 571-577.
- Hansen, S., S. Sanders, M. Scott, C. (1998). Predictors of severity: Absenteism in children with anxiety-based school refusal. *Journal of Clinical Child Psychology 27* (3): 246-254.
- Harlow, H. F., Dodsworth, R. O., & Harlow, M. K. (1965). Total social isolation in monkeys. *National Academy of Science USA, 54*, 90-97.
- Haskett, M. E., & Kistner, J. A. (1991). Social interactions and peer perceptions of young physically abused children. *Child Development, 62*, 979-990.

- Henley, D. (2005). Attachment disorders in post-institutionalized adopted children: Art therapy approaches to reactivity and detachment. *The Arts in Psychotherapy, 32*, 29-46.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: UNAM, Facultad de Psicología, DGAPA.
- Hernández-Guzmán, L., & Sánchez-Sosa, J. J. (1995). La psicología preventiva: Su validez en el contexto de la psicología conductual. *Psicología Conductual, 3*(2), 173-182.
- Hernández-Guzmán, L., Soto, M E. & Soria, R. (1990). Separaciones breves entre madre e hijo: Ansiedad Afrontamiento y factores relacionados. *Revista Mexicana de Psicología, 7*(1-2), 45-49.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., Gil, F., Salazar de la Rosa M., Uribe, Z., & Zermeño, M. (2006). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, (SCAS) en español. (en prensa).
- Hodges, J., & Tizard, B. (1989). Social and family relationship of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 3*, 77-97.
- Hortacsu, N., Cesur, C., & Oral, A. (1993). Relationships between depression and attachment styles in parent and institution-reared Turkish children. *The Journal of Genetic Psychology, 154*(3), 329-337.
- Hunt, J., Mohandessi, K., Ghodssi, M., & Akiyama, M. (1976). The psychological development of orphanage-reared infants: Interventions with outcomes. *Genetic Psychology Monographs, 94*, 177-226.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Johnson, D. (2000). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in Eastern European adoptees. En: C. A. Nelson (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology, 31: The Effects of Early Adversity on Neurobehavioral Development*, (pp 113-162) Mahway, NJ: Erlbaum.
- Jolly, J. B., Wherry, J. N., Wiesner, D. C., Reed, H., Rule, J. C., & Jolly J. (1994). The mediating role of anxiety in self-reported somatic complaints of depressed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*, 691-702.
- Judge, S. L. (1999). Eastern European adoptions: Current status and implications for intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 19*, 244-252.
- Kahan, B. (1993). Children living away from home. *Children and Society, 7*, 95 -108.
- Kadlec, M. B., & Cermak, S. A. (2002). Activity level, organization, and social-emotional behaviors in post-institutionalized children. *Adoption Quarterly, 6*(2), 43-57.
- Kaler, S. R., & Freeman, B. J. (1994). Analysis of environmental deprivation: Cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 769-781.
- Kazdin, A., Rodgers, A., & Colbus, D. (1986). The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 241-245.

- Kendler, K., Gardner C, O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1133 - 1145.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao. S., & Nelson, C. B. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- King, N., L. Mietz, T. Ollendick (1995). Psychopathology and cognitions in adolescents experiencing severe test anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*. 22, 17-27.
- Kuhn, C.M., Pauk, J, & Schanberg, S.M. (1990). Endocrine response to mother-infant separation in developing rats. *Developmental Psychobiology*, 23, 395-410.
- Lamb, M. E., Gaensbauer, T. J., Malkin, C. M., & Schultz, L. A. (1985). The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development*. 8, 35-45.
- Lamo de Espinosa y Torres, G. (1998). *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Landesman, S. (1990). Institutionalization revisited. En: M., Lewis, S., Miller, (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. (pp 435-462). New York, NY: Plenum Publishing Corporation.
- Lee, L., & Rebok, G. W. (2002). Anxiety and depression in children: A test of the positive-negative affect model. *Journal Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4).
- Leech, S. L., Larkby, C. A., Day, R., & Day, N. (2006). Predictors and Correlates of High levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45,2.
- Levy, M. B., & Davis, K. (1998). Love styles and attachment styles compared: Their relationship to each other and the various relationship characteristics, *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439-471.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorder in a community sample of older adolescents: Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 454-463.
- Lonigan, C. J., Carey, M. P., & Finch, A. J. (1994). Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity and the utility of self-reports. *Journal of Consult Clinic Psychology*, 62, 1000–1008.
- Lorenz, K. (1935). *Companionship in birdlife*. En C. H. Schiller (Ed.), *Instinctive Behavior*. NewYork: International Universities Press.
- Maas, H. S. (1963). Long-term effects of early childhood separation and group care. *Vita Humana*, 6, 34–56.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development & Psychopathology*, 15(4), 853-884.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26.

- Mesman, J., & Koot, H. M. (2000). Child-Reported Depression and Anxiety in preadolescence: I. Associations with parent- and teacher-reported problems. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(11).
- Miller, L. C. (2000). Initial assessment of growth development and the effects of institutionalization in internationally adopted children. *Pediatric Annals, 29*, 224–241.
- Millikan, E., Wamboldt, M., & Bihun, J. (2002). Perceptions of the family, personality characteristics, and adolescent internalizing symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(12).
- Minuchin, S. (1994). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Muhamedrahimov, R. (2000). New attitudes: Infant care facilities in Saint Petersburg, Russia. En: J., Osofsky, & H., Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, New York: Wiley
- Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., Nikiforova, N. V., Groark, C. J., & Mccall, R. B. (2004). Institution-Based early intervention program. *Infant Mental Health Journal, 25*(5), 488–501.
- Muris, P., Meesters, C., Melick, M., & Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences, 30*, 809-818.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B., & Bogie, B. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1051–1061.
- Muris, P., Schmidt, H., Engelbrecht, P., & Perold, M. (2002). DSM-IV–Defined anxiety disorder symptoms in South African children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(11).
- Muris, P., Rapeeb, R., Meestersa, C., Schoutena, E., & Geersa, M. (2003). Threat perception abnormalities in children: The role of anxiety disorders symptoms, chronic anxiety, and state anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 271–28.
- Muscat, B., & Spencer, N. J. (2000). The care and health needs of children in residential care in the Maltese Islands. *Child: Care, Health and Development, 27*(3), 251-262.
- Nielsen, A., Coleman, P. K., Guinn, M., & Robb, C. (2004). Length of institutionalization, contact with relatives and previous hospitalizations as predictors of social and emotional behavior in young Ugandan orphans. *Childhood: A Global Journal of Child Research, 11*(1), 94-116.
- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 24*, 181-196.
- O'Connor, T. G., Rutter, M., & The English and Romanian Adoptees Study Team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 39*, 703–712.
- O'Connor, T. G., Marvin, R., Rutter, M., Olrick, J. T., Britner, P. A., & the English and Romanian Adoptees Study Team. (2003). Child–parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology, 15*, 19–38.

- Ollendick, T. H., Yang, B., King, N. J., Dang, Q., & Akande, A. (1996). Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: A crosscultural study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 3*, 213–220.
- Osofsky, J. D., Eberhart-Wright, A., Ware, L. M., & Hann, D. M. (1992). Children of adolescent mothers: A group at risk for psychopathology. *Infant Mental Health Journal, 13*(2), 119–131.
- Osuna, P., & Herruzo, C. (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 911–924.
- Parker, J., & Herrera, C. (1996). Interpersonal processes in friendship: A comparison of abused and no abused children's experiences. *Developmental Psychopathology, 32*, 1025–1038.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., & Brook, J. S. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archive of Genetic Psychiatry, 55*, 56–64.
- Plomin, R., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Howe, G. (1994). Nature and nurture: Genetic influences on measures of family environment. *Developmental Psychology, 30* (32).
- Polaino, L. (1988). *Las depresiones infantiles*. España, Madrid: Ediciones Morata.
- Provence, S., & Lipton, R. C. (1962). Infants in institutions: A comparison of their development with family reared infants during the first year of life. *New York, NY: International Universities Press*.
- Prescott, C., McArdle, J. J., Hishinuma, E., Johnson, R., Miyamoto, R., Andrade, N., Edman, J., Makini, G., Nahulu, L., Yuen, N., & Carlton, B. (1998). Prediction of major depression and dysthymia from CES-D scores among ethnic minority adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(5) 495-503.
- Puckering, C., Pickles, A., Skuse, D., Heptinstall, E., Dowdney, L., Zur-Szpiro, S., (1995). Mother-child interaction and the cognitive and behavioral development of four-year-old children with poor growth. *Journal of Children Psychology and Psychiatry, 36*, 573–595.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Apply Psychology Measure, 1*, 385-401.
- Radloff, L. S., & Teri, L. (1986). Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with older adults. *Clinical Gerontology, 5*, 119-136.
- Rice, F., Harold, G. T., Shelton, K. H., & Thapar, A. (2006). Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescent depression. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45* (7).
- Richters, J., & Volkmar, K. (1994). Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 328–332.
- Ribeiro, M. (2000). *Familia y Política Social*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Lumen, Humanitas.
- Robins, L. N. (1986). The consequences of conduct disorder in girls. En: D., Olwens M. R., Yarrow. (Eds.). *Development of Antisocial and Prosocial Behavior, (pp 385-414)*. New York, NY: Academic Press, Inc.

- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2000). Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 139–149.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2004). Institutional care: Associations between over activity, and lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 866–873.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Long-term follow-up of women institutionalized in childhood: factors promoting good functioning in adult life. *Behavior Journal of Development Psychology*, 2, 191-204.
- Rutter, M. (1988). Developmental catch-up and deficits following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 465–476.
- Saltz, R. (1973). Effect of part-time "mothering" on IQ and SQ of young institutionalized children. *Children Development*, 44, 166-170.
- Schmid, H., & Bar-Nir, D. (2001). The relationship between organizational properties and service effectiveness in residential boarding schools. *Children and Youth Services*, 23, 243–271.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865–877.
- Shapiro, V., Shapiro, J., & Paret, I. (2001). International adoption and the formation of new family attachments. *Smith College Studies in Social Work*, 71, 389–418.
- Sloutsky, V. M. (1997). Institutional care and developmental outcomes of 6- and 7-year-old children: A contextualist perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (1), 131–151.
- Skeels, H. M. (1966). Adult status of children with contrasting early life experiences. *Monograph Social Children Develempement*, 31, 1-56.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Spitz R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Part I. *Psychoanalysis Study Child*, 1, 53-74.
- Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood (II). *Psychoanalysis Study Child*, 2:313-342.
- Solloa, García, L. M. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México, D.F: Editorial Trillas.
- Sorensen, R. U., Leiva, L. E., Kuvibidila, S. (1993). Malnutrition and the immune response. En: R. M. Suskind, L. S. Suskind (Eds.), *Textbook of Pediatric Nutrition*. (2da ed.). New York: Raven Press.
- Stavrakaki, C., & Vargo, B. (1986). The relationship of anxiety and depression: A review of the literature. *Behavior Journal of Psychiatry* 149, 7-16.

- Slotkin, J., Forehand, R., Fauber, R., McCombs, A., & Long, N. (1988). Parent-completed and adolescent-completed CDI's: Relationship to adolescent social and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Children Psychology*, 16, 207–217.
- Tabeada, J., Ezpeleta, A., & Osa, C. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: Factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 1-16.
- Thompson, S. L. (2001). The social skills of previously institutionalized children adopted from Romania. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*. 61(7-B), 3906. US: Univ Microfilms International.
- Tibbits-Kleber, A. L., & Howell, R. J. (1985). Reactive attachment disorder in infancy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14, 4, 304–310.
- Tizard, B., Cooperman, O., Joseph, A., & Tizard, J. (1972). Environmental effects on language development: A study of young children in long-stay residential nurseries. *Child Development*, 43, 337–358.
- Tizard, B., & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 99-118.
- Tizard, B., & Rees, J. (1974). A comparison of the effects of adoption, restoration to the natural mother, and continued institutionalization on the cognitive development of four-year-old children. *Child Development*, 45, 92–99.
- Tizard B., & Rees, J. (1975). The effect of early institutional rearing on the behavior problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 61-73.
- Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901–909.
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez, M.L., Díaz, M. & Amador, N. (2006). *¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006*. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. F.
- Wadsworth, M. E., Hudziak, J. J., Heath, A. C., & Achenbach, T. M. (2001). Latent Class Analysis of Child Behavior Checklist Anxiety/Depression in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1).
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346–353.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychology Bulletin*, 98, 219–235.
- Weitzman, C. C. (2003). Developmental assessment of the internationally adopted child: Challenges and rewards. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 8(3), 303-313.
- Wiks-Nelson, R., & Allen, C. I. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Prentice Hall.
- Wilson, S. L. (2001). Attachment disorders: Review and current status. *The Journal of Psychology*, 135(1), 37–51.
- Wilson, S. L. (2003). Post-Institutionalization: The effects of early deprivation on development of Romanian adoptees. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20, (6).

- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Wolff, P. W., & Fesseha, G. (2005). The orphans of Eritrea: What are the choices? *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*, (4).
- Wohlwill, J. F. (1973). *The study of behavioral development*. New York: Academic Press.
- Wolkind, S., & Rushton, A. (1994). Residential and foster family care. En: M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* Blackwell Science Ltd, Oxford.
- Wu, P., Hoven, C. W., Bird, H. R., et al. (1999). Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*, 1081–1090.
- Zeanah, C. H., Mammen, O., & Lieberman, A. (1993). Disorders of attachment. En: C.H. Zeanah, (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp 332–349). New York: Guilford.
- Zeanah, C. H., Boris, N.W., & Scheeringa, M. S. (1997). Psychopathology in infancy. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *38*, 81–99.
- Zeanah, C. H., Boris N. W., Bakshi, S., & Lieberman. A. (2000). Disorders of attachment. En: J., Osofsky, H., Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. (pp 92–122). New York: Wiley.
- Zeanah, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(8), 972-982.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., & Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children, II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(8), 983-989.

AnexoA

Carta de Consentimiento Informado

México D., F. a de del 2006

Por medio de la presente autorizo que mi hijo (a) _____, participe en el proyecto de tesis titulado “Ansiedad y Depresión en Niños de Casa Hogar” avalado por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por medio de la presente me doy por enterado (a), de que en este proyecto mi hijo (a) no corre riesgo mayor y de que no se le harán maniobras que pongan en peligro su vida o modifiquen su estado de salud.

La participación en el estudio comprende la aplicación de una batería de instrumentos para evaluar la presencia de depresión y ansiedad en el niño. Los resultados de estas evaluaciones son confidenciales y se emplearán exclusivamente para fines de investigación y/o de beneficio a los niños.

Madre o Tutor: _____
(Nombre y firma)