



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

**Maltrato y depresión infantil: Programa de intervención psicológica desde la
perspectiva ecológica**

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

Guadalupe Mizarai González Portillo

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Luis Pérez Álvarez

CO-DIRECTORA DE TESIS

Dra. Amada Ampudia Rueda

Comité Tutorial:

Dr. Manuel Figueroa Fernández

Dra. Deni Stincer Gómez

Dr. Guillermo Delahanty Matuk

Noviembre 2018

Agradecimientos

Agradezco la lectura atenta y comprensiva de mis directores y tutores de tesis.

Al Dr. Luis Pérez Álvarez por haber acompañado este proceso con dedicación y solidaridad.

A la Dra. Amada Ampudia Rueda por su incondicional apoyo, cariño y aprendizajes.

Al Mtro. Arturo González Luna por su paciencia y acompañamiento.

Al Dr. Manuel Figueroa Fernández, a la Dra. Deni Stincer Gómez y al Dr. Guillermo Delahanty Matuk por su acompañamiento y apoyo.

Al Dr. Francisco Javier de Santiago Herrero y a la Dra. Guadalupe Sánchez Crespo de la Universidad de Salamanca, España, por su hospitalidad y aportaciones.

A Alejandro Chao, por las escrituras y trazos.

A Helí Morales.

A mí querida familia: José A., Leonor, Candy, José y Emiro. A mis sobrinas Hanali y Luna por su voluntad de vida.

A Lorena y Yinhue; por su solidaridad, amistad y cariño.

A César, por su amor y multiplicidades.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca que me fue otorgada para la realización del presente trabajo de investigación y la estancia académica y de investigación en el extranjero. Finalmente, agradezco las facilidades otorgadas y el apoyo al programa de Maestría en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos UAEM.

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I MALTRATO INFANTIL. DEFINICIÓN	10
TIPOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL.....	14
Modelos explicativos y de tratamiento del MI	18
CAPÍTULO II DEPRESIÓN INFANTIL. DEFINICIÓN.....	29
MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA DEPRESIÓN INFANTIL: PSICOANÁLISIS	38
Desarrollo del bebé: Vínculo, apego y psicopatología: DI	46
ESTUDIOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE DEPRESIÓN Y EL MALTRATO INFANTIL.....	50
CAPÍTULO III ASPECTOS METODOLÓGICOS	61
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	61
Objetivo general.....	64
MÉTODO	65
TIPO DE ESTUDIO Y DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO.....	65
Participantes.....	65
Criterios de inclusión	65
<i>Criterios de exclusión</i>	66
Inventario de Depresión CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011).....	66
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	70
4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ..	71
4.3. Estadística descriptiva del inventario de Depresión (CDI), Kovacs (2002)	85
PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE LA PERSPECTIVA ECOLÓGICA PARA NIÑOS Y NIÑAS CON MI Y DI.	98
ESCENARIO Y MATERIALES	100
Procedimiento	101
Conclusiones	126
Referencias.....	130

RESUMEN

El maltrato infantil (MI) es considerado en la actualidad como un problema de salud pública y múlti-causal. Implica en los niños (as) consecuencias a nivel emocional, dificultades para interactuar y comunicarse, agresividad, conductas hostiles, psicopatología y depresión. Algunos estudios han referido encontrar una relación entre los tipos de maltrato con algunos síntomas de depresión infantil, apatía, baja autoestima, inseguridad, poca motivación por el entorno, ansiedad, antisociabilidad, baja autoestima y destacando dificultades en el funcionamiento cognoscitivo y ámbito académico. Por ello, esta investigación tuvo como objetivo diseñar un programa de intervención psicológico desde la perspectiva ecológica a partir de los resultados obtenidos del análisis de indicadores de depresión del Inventario de Depresión Infantil Kovacs (CDI) (2002) y la Aplicación del Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1). La aplicación de ambos cuestionarios se realizó con dos grupos de niños (as) de 6 a 12 años: el primer grupo de una casa hogar y el segundo grupo de una primaria. Ambos con indicadores de maltrato y depresión infantil.

Dentro de los resultados obtenidos se observó una predominancia en indicadores relacionados a los aspectos emocionales, de socialización y vínculo en ámbitos familiares, sociales y escolares. Por lo que, el diseño del programa de intervención desde la perspectiva ecológica contempla dos grupos: niños (as) y padres, madres y cuidadores. El grupo de niños (as) del programa integra tres fases con 32 sesiones: Primer fase pretest de juego diagnóstico, la segunda fase psicoterapéutica y la tercera fase de cierre. El grupo de padres, madres y cuidadores integra tres fases con 11 sesiones: la fase de evaluación pretest, la segunda fase programa de intervención y finalmente una fase llamada proyecto de vida y familiar.

Palabras clave: Maltrato infantil, depresión infantil, programa de intervención, modelo ecológico.

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva histórica la problemática del maltrato y la depresión infantil han estado presentes en nuestra sociedad. Por lo que, en ocasiones, el maltrato infantil puede llegar a ser considerado como un acto naturalizado en nuestros entornos sociales.

En relación a la depresión infantil y su concepción, ésta ha tenido diversas posturas teóricas. Algunos teóricos la consideran relacionada a sus aspectos biológicos, cognitivos, de interacción, relación etc. Por lo que, poder realizar un proyecto de intervención con estas variables es una tarea compleja.

Es importante mencionar que un niño y niña que presenta maltrato infantil tiene diversas consecuencias físicas y emocionales (como la depresión infantil), que pudieran repercutir a corto, mediano y largo plazo en su vida.

Por ello, este programa de intervención desde la perspectiva ecológica, que tiene como eje principal el trabajo con diversas esferas, contextos y entornos del desarrollo humano, tiene la finalidad de mostrar la complejidad de estas problemáticas y proponer un programa de intervención que sensibilice sobre las consecuencias que puede tener un niño que ha sido sujeto a situaciones y prácticas de maltrato transgeneracional que adquieren fuerza, irrumpen y permean en nuestra sociedad.

Es fundamental que las propuestas de intervención y el abordaje de diversos profesionistas trabajen directamente con las personas involucradas, como la familia, el entorno escolar, los niños, los profesores etc. quiénes se relacionan directamente con los niños y niñas. Los profesionales, no importando su disciplina, debemos considerar en nuestras propuestas aspectos de evaluación, diagnóstico, prevención e intervención para poder generar espacios que propongan otras formas

de relacionarse, que sensibilicen sobre esta problemática del maltrato infantil y sus probables consecuencias como es la depresión infantil.

Por consiguiente, en un primer momento, se realiza un análisis conceptual de las definiciones del maltrato y depresión infantil. Se observan algunas herramientas de evaluación e instrumentos de medición con la población infantil ante estas problemáticas. Se muestran algunos modelos de intervención y se reconocen los indicadores de maltrato y depresión infantil que se encontraron en los niños y niñas. Finalmente, se encuentra el programa de intervención psicológico propuesto desde la perspectiva ecológica.

Así que, el maltrato infantil es una problemática que repercute de diferentes maneras en la sociedad. Algunos reportes muestran que el Maltrato Infantil (MI) se presenta sin importar los aspectos socioeconómicos o el área geográfica. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el estado de Morelos, la cifra de casos comprobados de denuncias de Maltrato Infantil se incrementó de 33.1% en 2003 a 41.7% en 2008. Según el índice de reportes de maltratos recibidos, atendidos, comprobados y denuncias presentadas por entidad federativa 2010, en Morelos el maltrato físico, emocional y la omisión de cuidados hacia los niños en el entonces, Distrito Federal, Morelos, Nayarit, Michoacán y Veracruz predomina el maltrato físico hacia los menores. Algunas de estas cifras nos muestran una parte de la magnitud del problema, enfatizando que las mismas no reflejan el número de casos. Ya que en muchas ocasiones el maltrato infantil no es denunciado y es encubierto (mediante omisiones, abusos, o lesiones) en la mayoría de casos por las mismas familias y entorno social en México. Estas consideraciones nos permiten pensar en proyectos de investigación que den una panorámica de este fenómeno, generen procesos de prevención, seguimiento y atiendan esta problemática desde una mirada integral.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002), con respecto a los tipos de Maltrato infantil, refiere “[c]omo ocurre en la violencia de pareja, el maltrato de menores comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, además del abandono”. Con respecto a las cifras, el mismo informe, manifiesta que “se calcula que durante el año 2000 se produjeron 57 000 homicidios de niños menores de 15 años en el mundo”. Lo cual hace pensar el impacto que tiene esta problemática a nivel mundial y todas las implicaciones que pudiera tener, así como las diferentes formas de presentarse.

En el Informe sobre Violencia contra niñas, niños y adolescentes del INEGI 2016 se refiere que en 2014 del 83% de las víctimas de entre 12 y 17 años tenían a su victimario fue una persona conocida.

Es importante destacar que en México, pareciera que existe un factor que predomina para que se siga perpetuando el maltrato físico a los niños y niñas y es normalizar estas prácticas como una forma de crianza, según la CONAPRED (2010) “con respecto a la opinión que tienen las personas sobre el pegarle a un niño para que obedezca una de las cifras más altas pertenece al Estado de Morelos CONAPRED (2010)...En Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala y Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas se registran los mayores porcentajes de población que creen que se justifica *mucho* (5 y 6%, respectivamente).” Con respecto a los datos generales de México la misma CONAPRED (2010) señala “Sin embargo, más de 95% de la población cree que es una práctica que se realiza *algo, poco o mucho*...Los estados de Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala; Tabasco y Veracruz; Aguascalientes, Guanajuato y Querétaro; y el Distrito Federal y el Estado de México reportan los mayores porcentajes de población (superiores al promedio nacional de 54%) que considera que los golpes a las niñas y los niños son muy

frecuentes.” Por lo que, la pertinencia de este trabajo abarca a niños en albergue y que viven con sus familias, para poder observar las implicaciones que pudieran tener sobre esta problemática, ya que es una situación en el Estado de Morelos según la CONAPRED donde predomina el maltrato infantil, como una forma de crianza en los niños.

También es importante mencionar que existen variadas definiciones sobre el maltrato infantil, los tipos de maltrato, el abordaje, y sus repercusiones. Algunas propuestas contemplan el desarrollo físico, emocional y evolutivo del menor que permitiría tener un enfoque global de la problemática. Sin embargo en este primer momento es importante destacar que el maltrato infantil en tanto denuncias realizadas y las que no han sido hechas, ha ido en aumento. Esta problemática ha generado que diversos profesionistas aporten diversos enfoques para ser estudiado y tratado, dentro ámbito jurídico, la educación, el campo de la salud etc.

Dentro del maltrato infantil, existen diversas consecuencias y repercusiones que presentan los niños, independientemente de los daños físicos que provocan los malos tratos. Entre los que se mencionan, repercusiones en áreas emocionales, sociales y cognitivas. Una de estas consecuencias, pudiera ser la Depresión Infantil (DI); ésta ha sido definida de múltiples formas. Una propuesta (con respecto a la investigación con bebés) ha sido la definición que Spitz (1979) en el texto el primer año de vida, sobre enfermedades defectivas emocionales, dentro de los factores etiológicos en la patología de las relaciones objeto conocida como: *Depresión anaclítica*, donde el niño que la padece permanece privado de su madre o cuidador, sin que le proporcionen un sustituto (p.197), es decir, la separación y ruptura es parcial. Spitz (1979), dice que esta *perturbación* conllevará consecuencias en años posteriores en el niño y niña, lo cual es una situación que se presenta evidentemente en niños en situación de albergue, dadas las aportaciones de este autor. Las observaciones controladas, con recién nacidos, en ambientes de orfanatos nos apoya en el sustento

de las repercusiones que tienen estos menores o como lo refiere Michaca (1987) con respecto a los organizadores en los períodos críticos con bebés “repercutirán de hecho en el proceso de maduración, y en ocasiones en el de supervivencia, como Spitz dejó demostrado en los casos de depresión anaclítica”.

Es importante destacar que una característica importante, con respecto a la pérdida o a la privación de la madre que mencionaba con anterioridad, es lo que precisa del Barrio (2007) sobre la pérdida del objeto, citando a Klein, “puntualiza que los niños no necesitan que se produzca una pérdida, sino que pueden deprimirse por la simple ausencia de una relación adecuada con sus madres durante el primer año de vida” (p.32), por lo que, la relación con el objeto, la pérdida y el vínculo y las dificultades en este parecieran ser primordiales para el desarrollo de la depresión infantil, enfatizando en la interacción, en la relación adecuada entre el cuidador y el niño. Por ello, la propuesta se enfoca en generar un programa de intervención para niños y niñas que han padecido de maltrato infantil y por ello tienen repercusiones emocionales como la depresión infantil.

CAPÍTULO I MALTRATO INFANTIL. DEFINICIÓN

Se considera a la población de niños y niñas como un grupo vulnerable, desde varios ámbitos y de diversas formas. No obstante el impacto, las condiciones obligan al estado a proporcionar mediante la Convención de los Derechos de los niños y niñas (1990) los derechos que ella otorga en cada país. Sin embargo, a pesar de todos estos lineamientos, el impacto que tiene el MI sigue siendo una cuestión en la cual se debe y tiene que seguir trabajando. El abordaje con esta problemática requiere tomar diversas reflexiones. Por una parte, este programa de intervención desde la perspectiva ecológica toma en cuenta el desarrollo del niño; para ello, se definirá el MI y sus tipos, la revisión teórica de aspectos relacionadas a la Depresión Infantil (DI) y la perspectiva ecológica con la cual se pretende trabajar dadas las implicaciones futuras en sus vidas, la sociedad, el entorno y sus familias.

Una de las primeras definiciones del MI lo situaban como el Síndrome del Niño Maltratado (SNM), por tanto, Loredó (1994) en el XXIII Congreso Nacional de Pediatría en México, señalaron que el maltrato es: "...una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y, por tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional."(p.9) En esta definición se observa la problemática como un problema social y por tanto, tendría que tener en cuenta varios factores con las poblaciones que se trabaje además de la intervención, ya que no sólo involucra a psicólogos, sino a todos los ámbitos y profesionales de la salud.

Para García & Noguerol (2007) el MI se define como:

Cualquier conducta o actitud, directa o indirecta por parte de un adulto, otro menor o institución que implique la falta de atención y cuidados que un niño o adolescente necesita para crecer y desarrollarse emocional y físicamente de una forma óptima. (p.13)

Además añaden que al ser un problema multicausal y complejo existen diversas variables que intervienen y se deben tomar en cuenta como: la edad de la víctima (inicio de los malos tratos), la intensidad y frecuencia, la relación de la víctima con su agresor y el grado de amenazas que se presentan, la culpa y vergüenza que se deriva de esta situación que se experimenta y vive y la respuesta de la familia en el cual ponen énfasis en la madre.” Sobre los tipos o formas de maltrato mencionan que es importante destacar que aparecen de manera simultánea, como hemos observado dependerán de diversos factores y sobretodo implican una relación cercana y compleja con la persona que los ha maltratado.

Esta problemática se ha abordado a través de diversas teorías, conceptos y definiciones; y como resultado de estas primeras observaciones, se identifica que el MI tiene un impacto importante en la vida del niño y niña, que incide a nivel individual (en su autoestima y autoconcepto), manifestándose como una forma de violencia. Entonces, puede generar en los niños y niñas repercusiones en su forma de relacionarse de manera agresiva, pueden abandonar su hogar y por ello, ser expuestos a abusos y malos tratos en otros espacios e incluso en un futuro, pudieran realizar conductas delictivas.

Por lo que, la Organización Mundial de la Salud (2009) hace referencia al concepto de maltrato infantil, como aquel maltrato físico y emocional, abuso sexual, desatención y tratamiento negligente que se otorga a los niños, así como su explotación con fines comerciales o de otro tipo y que se da en diferentes contextos. Quienes lo perpetran pudieran ser personas cercanas como

padres, madres, amigos, desconocidos, cuidadores etc. Para Soriano (2009), una de las definiciones más claras, de las hasta ahora publicadas, es la que considera el maltrato infantil como “toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar”. (p.122)

Mientras tanto, de Paúl y Arrubarrena (1996) mencionan que es muy difícil llegar a una definición concreta sobre lo que es el MI debido a que “afecta de manera directa o indirecta a un importante número de decisiones que tienen que ver con la vida, la salud y el bienestar físico y psíquico de numerosas familias, padres, madres, niños y niñas.”(p.11) Además de considerar los aspectos culturales en todo trabajo con niños, ya que, en ocasiones, limitan las consideraciones sobre el maltrato “Cuando el comportamiento parental (por acción u omisión) llega o puede poner en peligro la salud física y psíquica del niño, la situación podría calificarse de maltrato.” Este, es un tema central, dado que en muchas intervenciones, al estar en peligro la vida e integridad de un niño o niña y sus familias es cuando se puede intervenir. Por otra parte, de Paúl y Arrubarrena (1996), plantean que se deben tener tres criterios sobre la definición:

1.-La perspectiva evolutiva: “La conceptualización de una acción o una omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se deben establecer en función de la edad del niño.” Es decir, que depende del período de desarrollo del niño, lo que pudiera ser adecuado a su edad y teniendo en cuenta sus posibilidades.

2.- Presencia de factores de vulnerabilidad del niño: “Un mismo comportamiento parental puede no ser dañino para un niño sano, mientras que en otro niño (con enfermedades crónicas severas, con un hándicap físico, con retraso psíquico, etc.) puede ser considerado como maltratante o negligente.”

3.-Existencia de daño real o daño potencial: “Incluir el criterio de *daño potencial* implica establecer una predicción de que en el futuro los comportamientos parentales serán dañinos en un determinado nivel de severidad.” Esto

debido a que no en todos los casos las consecuencias pueden ser visibles o pueden repercutir en la salud mental y física futura del menor. (p.12)

Por lo anterior, las definiciones nos muestran como este fenómeno es sumamente complejo, en relación a los factores que pueden incidir, las formas de tratamiento e intervención, las perspectivas en relación a la implicación del contexto, la familia, la edad del niño (a) y las consecuencias.

TIPOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL

Ampudia, Santaella y Eguía, (2009) mencionan que el MI se define “cuando un comportamiento, por acción u omisión llega a poner en peligro la salud psíquica y física del niño” (p.3); además de enfatizar, que es importante tomar en cuenta durante la evaluación los ámbitos familiares (negligencia, abandono, físico, psíquico o emocional, sexual, por síndrome de Münchausen, por autoridad y prenatal). Así como también, considerar que el MI se puede presentar fuera del ámbito familiar (Institucional [escolar, sanitario, jurídico, fuerzas de seguridad, servicios sociales, medios de comunicación]; explotación [laboral, sexual]; consumismo). Con respecto a los tipos de maltrato infantil, es importante destacar que algún tipo de MI siempre está acompañado de otro u otros tipos de maltratos que afectan a otros ámbitos. Los niños y niñas, al ser víctimas de abandono o negligencia, por la omisión de cuidados y necesidades, no pueden obtener una alimentación adecuada o pueden enfermar por no tener un vestuario adecuado a la temperatura. Además que presentan escasa higiene corporal, problemas físicos, ausencia de cuidados médicos, accidentes domésticos, condiciones higiénicas o de seguridad peligrosas para su salud, inasistencia a la escuela y ausencia de estimulación suficiente para su edad, demandas y necesidades del niño (a), lo cual repercute en su bienestar y desarrollo social y emocional al ser consecuencias directas de esta problemática “ante el rechazo, la desatención y los malos tratos infantiles” (Gómez y de Paúl, 2003, p. 452).

Es importante considerar la identificación de todo tipo de maltrato que presentan los niños y niñas, considerando primero los casos encontrados, como refiere de Paúl y Arrubarrena (1996), además de que, aunque se establecen las diferentes tipologías del MI, se debe tener en cuenta que en un importante porcentaje de casos se produce un cierto solapamiento entre ellas (p. 13). Por

ello, es frecuente que se den casos en los que aparezcan simultáneamente el maltrato y el abandono físico, o el maltrato físico y el abuso sexual. En relación a esto, se considera que quizá sea dudoso hacer tipologías “puras”, por lo que se debe pensar en construir y pensar situaciones de maltrato en determinados momentos y contextos, en las que en muchas ocasiones aparecen diferentes combinaciones de formas de maltrato, por ejemplo, mencionan que en los casos, no sólo presentan maltrato físico, sino que vienen acompañados de maltrato emocional, o que hay maltrato físico evidente pero a largo plazo existen daños y repercusiones en sus interacciones futuras.

En los tipos de MI García y Noguero (2007) señalan que existen varios, entre ellos, el maltrato psicológico, el cual definen como: “cualquier situación en la que no se toman en consideración las necesidades psicológicas del menor particularmente las que tienen que ver con *las relaciones interpersonales y con la autoestima.*” (p.14) Aspectos emocionales de los cuales derivan aquellas conductas por acción u omisión de cuidados se ven reflejados de diversas maneras en ocasiones, en combinación con el maltrato emocional, abandono emocional, sobreprotección, maltrato físico, negligencia o abandono físico, la sobrexigencia, y los abusos sexuales.

Dentro de otras tipologías encontradas, se encuentra el *Síndrome de Münchausen* por poderes (someter a los menores a constantes exploraciones médicas, ingresos hospitalarios que son generados por el adulto), el maltrato perinatal (circunstancias de la vida de la madre que de manera voluntaria y negligente repercutan el embarazo y al feto), el maltrato institucional (cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión, procedente de poderes públicos o de la actuación individual de un profesional de abuso, negligencia que impacte el bienestar del menor y viole sus derechos de la infancia), la corrupción (conductas que los adultos promuevan conductas

antisociales como agresividad, robos, sexualidad y tráfico) y la explotación laboral (cuando por un beneficio económico se obliga al niño y niña a realizar trabajo infantil, lo cual excede los límites de capacidad de un niño y niña y en general se ejerce un poder que lesiona, impone y genera abuso).

De Paúl y Arrubarrena (1996) definen al MI como: “cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo” (p. 15) algunos indicadores de estas acciones no accidentales son: moretones, cicatrices, marcas de objetos en el cuerpo, quemaduras con formas definidas de objetos, cigarrillos, fracturas de nariz, mandíbula, torceduras o dislocaciones, heridas o raspaduras, señales de mordeduras humanas reiteradas, cortes, pinchazos, lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas, asfixia o ahogamientos.

Para de Paúl y Arrubarrena (1996) existen subtipos de maltrato que comúnmente se identifican como físicos (maltrato físico, abuso sexual, abandono) y emocional (maltrato y abandono). Además de mencionar que se pueden presentar como MI la explotación laboral (cuando se le asigna a los menores actividades que interfieren con sus actividades y necesidades sociales y escolares obteniendo beneficios económicos y que deberían ser realizados por adultos), corrupción, incapacidad de control de la conducta del niño (considerada como la incapacidad de los padres de manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos), el maltrato prenatal (uso de drogas durante el embarazo). (p. 15-23)

Por otra parte, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2010) con respecto a la opinión que tienen los niños (as) sobre las maneras en las cuales los han maltratado refieren:

Los motivos más frecuentes de maltrato en casa que reportan las niñas y los niños son *haberlos hecho llorar, haberlos golpeado y haberles quitado o escondido sus cosas* (en todos ellos entre una quinta y una cuarta parte, sin mucha diferencia entre uno y otro sexo). Resalta que los niños que informan *haber sido ignorados* son casi el doble que las niñas (12 y 6%, respectivamente). (p.48)

Es de suma importancia conocer la percepción de los niños y niñas con respecto a los tipos de maltrato que padecen ya que se vuelve al niño y niña como una persona que puede y debe expresar los aspectos que atraviesa, verbalizar y promover que estas conductas no se deben normalizar, por lo que las encuestas e intervenciones que promueven no maltratar a niños y niñas ponen de relevancia uno de los aspectos que debemos considerar, que es el trabajo a realizar en los aspectos emocionales, ya que pueden generar un impacto en el desarrollo presente y futuro de estos niños y niñas al que se han *sentido ignorados, golpeados, o hacerlos llorar*.

Modelos explicativos y de tratamiento del MI

Como se ha observado y debido a la complejidad de la problemática del MI, existen diversas posturas sobre las formas de intervenir, que derivan de ciertos marcos teóricos que sustentan el trabajo con niños y niñas con estas problemáticas. Existe una variedad que implica una postura conceptual, paradigmas y técnicas empleadas. Para este trabajo sólo presentaré algunos modelos y posturas que trabajan con el MI para poder generar una panorámica general sobre la forma de intervención.

Modelo Social

El maltrato infantil ha sido relacionado a factores y condiciones sociales que influyen a largo plazo en los niños y niñas maltratados, en consecuencias psicosociales, por ende existen estudios como el de Trianes y Gallardo (1997) comentan que existen diferentes consecuencias en los menores, como problemas emocionales y de conducta, ansiedad y depresión además de dificultades en su rendimiento académico, dificultades interpersonales, relaciones con sus pares, por lo que, realizaron un estudio sociométrico donde encontraron los efectos del maltrato en niños y niñas de 9 a 14 años de edad como: sentirse rechazados, presentaban depresión, ansiedad y problemas de conducta, relacionando la sintomatología con las dificultades interpersonales y académicas, además de una sintomatología predominante en de tipo depresivo, por lo que, su propuesta se encamina a que la violencia familiar propicia un ambiente desadaptativo influenciada por ser testigo de violencia familiar.

Modelo de redes. Sistémico

El modelo que presenta Barudy (1998) está basado en la necesidad de un modelo sistémico que involucre a la atención integral del niño (a) y su familia, el modelo estaría basado en acciones preventivas primarias, es decir causas que generen el maltrato y acciones de prevención secundaria, a través de la detección y tratamiento precoz del maltrato; o por acciones de prevención terciaria, para reducir la proporción y la gravedad de las secuelas. (p. 265)

El modelo integral tiene varios objetivos que contemplan la transmisión generacional y los factores ambientales. La acción terapéutica está basada en la prevención en los cuidados que se les otorgan a los menores, trabajar con las dinámicas familiares, la comunidad, además de un enfoque individual de la problemática. Los niveles en los que se trabajó el modelo que muestra Barudy (1998) fueron: Nivel 1: Equipo especializado: facilitador y coordinador del proceso, Nivel 2 Profesionales de servicios pediátricos: salud mental, medicina y psicología escolar, Nivel 3: Profesionales de la salud y de la atención primaria: agentes de la socialización, profesores, educadores, parvularios, policía, sacerdotes. Nivel 4: Recursos de la comunidad: dirigentes vecinales, de asociaciones de padres, de organismos sociales y el Nivel 5: La comunidad. Este proyecto se basó en primera instancia en hacer un sistema de redes a través de contacto con instituciones seguido de una serie de reuniones para establecer los roles, en 10 sesiones se transmitió el proyecto con los interventores, la colaboración se basó en concretizar los casos de maltrato en las escuelas, la movilización de colectivos sociales e interinstitucional, además de espacios con familias que presentarán alguna de estas dificultades, al encontrar casos de maltrato infantil se abordaron de la siguiente manera, en primera instancia basada en si la familia está en

un momento de crisis movilizándolo sus propios recursos, cuando hay alguna situación extrafamiliar que se presenta como abuso sexual. La intervención sociojudicial y terapéutica en cambio (pp. 278-299) es para familias que de manera transgeneracional han ido transmitiendo el maltrato, por lo regular son iniciadas por algún medio social que las denuncia por lo que consideran que lo primero que se debe de trabajar es el desafío es el de querer recibir ayuda de alguien externo a ellos, las cuáles se conforman por psicólogos y trabajadores sociales además de servicios generales como psiquiatra, pediatra y un abogado. El modelo que presentan es el siguiente:

A. La intervención social terapéutica:

1. Detección y manejo de la revelación
2. Notificación o señalamiento:
 - a) Análisis del contexto y de la demanda de la denuncia
 - b) Validación
3. Desencadenamiento y gestión de la crisis familiar
 - a) Información del resultado de la validación a la familia
 - b) Coordinación y acuerdos de los profesionales y los sistemas institucionales
 - c) Movilización de la red psicoafectiva del niño y su familia
 - d) Coordinación y denuncia a las autoridades judiciales y/o administrativas
4. Protección del niño
5. Movilización de la familia para el trabajo terapéutico
6. Rito de derivación a un equipo terapéutico

B. La terapia con la familia:

1. Trabajo terapéutico individual sistémico

2. Terapia de la familia
 - a) Trabajo diferenciación
 - b) Reconstrucción relacional
 - c) Rituales de exoneración y reparación
3. Trabajo terapéutico institucional

Este modelo se basa en una intervención social terapéutica que permita a las familias que los actores involucrados realicen acciones en conjunto que generen las condiciones para que la familia pase de un dominio familiar, a uno social, donde se fortalezca los recursos de cambio, se evalúe la dinámica familiar determinando los casos, su impacto, gravedad y actuación proponiendo medidas de protección y un diseño integral. Por ello, Cirillo y Di Blasio (1991) señalan que “con el conocimiento de las específicas modalidades con las cuales la familia afronta este tipo de problemas, y no a través de una actitud inquisitoria o juzgadora, lo que permite diferenciar la posición del psicólogo clínico de la de otros trabajadores sociales.”(p. 72)

Psicoanálisis de niños

Observado algunos conceptos y definiciones sobre el Maltrato Infantil es pertinente mencionar que existen diversas formas en que se puede explicar y abordar esta problemática, una es desde la relación que el niño (a) mantiene con su familia, los sistemas vinculares y la relación con su objeto de amor, la madre, después el padre y los hermanos, como primeras esferas en las que éste se desenvuelve; todo esto tiene un impacto de manera importante en los aspectos emocionales del menor.

Desde la propuesta de Dolto y Nasio (1987) durante el desarrollo, el bebé tiene una relación con otro, en primera instancia, con la madre, por lo que, observa la importancia que tiene la mirada del otro y todas sus implicaciones, son temas cruciales en el desarrollo de las personas; la mirada del bebé que dirige al otro (madre) y la mirada que la madre dirige al niño y niña, lo cual constituye en gran medida su identidad. Se impregna, vincula y se relaciona; captando *una imagen inconsciente del cuerpo*, la cual a su vez, en su enunciar, implica una serie de cuestiones, por lo que, para poder definirlo Dolto y Nasio (1987) expone su definición. No es solo la mirada que el niño (a) ve de sí mismo, es la imagen que se ha observado a través del otro, es relacional; esto es esencial en el desarrollo psíquico de los niños (as), es tomada la imagen materna como propio, como referencia de sí, del encuentro que tiene con otro que se vincula en un lenguaje, en un discurso articulado entre los cuerpos; sin embargo, cuando éste se sitúa en situaciones que implican malos tratos la situación tiene a su vez alcances en su identidad e identificación con los otros ya que, para Dolto y Nasio (1987) “Una imagen se lee en una parte dolorosa del cuerpo: esa es la cuestión. El lugar doloroso de alguien: es allí donde se sitúa el sujeto que defiende la articulación con su yo. El dolor forma parte de la imagen del cuerpo en tanto lugar sensible donde

el sujeto puede aprehender su yo, e incluso su cuerpo. Ya que, para nosotros, el cuerpo es a un tiempo una parte inconsciente del yo y el lugar donde el sujeto puede decir: “yo” [moi]. Siempre se dice “me duele” o “a mí me duele”, pero –curiosamente- nunca se dirá “eso sufre en mi cuerpo”; son inscripciones que denotan como se ha dado la relación con el otro, implicación y dolor en el cuerpo que se manifiesta de diversas formas, es decir que en situaciones de maltrato infantil la cuestión empieza a involucrar las probables repercusiones psicoafectivas de los menores; lo cual también observaremos en la importancia que tiene el juego como una forma de expresión, como vincular y como una forma de expresión de cuerpo.

Esta identificación se da a través de los vínculos significativos que el niño y niña establece a lo largo de su vida, que son interiorizados y se observan en los vínculos posteriores que el niño y niña establecerá después, por lo que la importancia de estas primeras relaciones es de vital importancia dado que el vínculo, contacto y la relación son importantes en el desarrollo humano y pueden tener repercusiones a largo plazo al ser niños (as) que permanecen institucionalizados, presentan MI y son separados de sus familias.

Por otra parte, Freud (1992 a) menciona que las primeras investigaciones sobre el psicoanálisis infantil se enfocaron a la sexualidad infantil, al complejo de Edipo, la castración y a los problemas del desarrollo del yo y del superyó, el rol de la agresión, por mencionar algunas cuestiones, para dar paso al estudio del primer año de vida del niño y la niña y entonces “los estudios psicoanalíticos se dirigieron al primer año de vida del niño, esto es, a los comienzos del funcionamiento psíquico y al primer contacto emocional del infante con su ambiente.” (p.18) A pesar de que, en este trabajo la autora expone la importancia que asume la madre y su actitud hacia el niño (a) y que lo enfoca más hacia el estudio con los niños (as) de edad pre-escolar, tiene un apartado sobre las dificultades que tiene en el menor una *madre rechazante* por diferentes motivos

, en este caso, por separación, cuando hubo un vínculo y contacto previo con la madre, pero que, al haber condiciones externas producen efectos en el niño y la niña independientemente de las causas, lo cual es importante mencionar en el caso de los menores víctimas de malos tratos que son institucionalizados en albergues, por tanto Freud (1992 a) señala que

Dado que el infante no puede captar la razón por la que la madre desaparece, toda separación equivale para él un abandono efectuado por la madre... Las separaciones entre la madre y el infante son rechazos, sean buenas o malas las razones que las han provocado, sean largas o cortas... El infante que se ve separado... es, emocionalmente, un huérfano, aunque sea un huérfano “artificial” con una madre viva. (p.23)

De antemano existen variadas implicaciones de los niños y niñas que padecen maltrato infantil y al ser separados de sus madres y familiares provocan diversas alteraciones, en el aspecto emocional las cuales se viven de manera dolorosa, sin embargo el niño y niña necesita tener substitutos contrario a como se vive con los adultos, ya que como menciona Freud (1992 a)

El infante necesita una persona viva en el mundo exterior que sea capaz de satisfacer sus necesidades materiales además de servir como objeto amoroso... El primer intento de amor objetal ha sido destruido; el siguiente no será de una calidad exactamente igual, será más exigente, más volcado a la satisfacción inmediata del deseo, esto es, más alejado de las formas más maduras del “amor”. (p. 24)

Estas aseveraciones en este caso, motivaron y dieron antecedentes para el estudio de ésta autora sobre las perturbaciones que tienen niños y niñas que son institucionalizados y fueron como menciona “pasados de mano en mano.” Por tanto, esta propuesta de programa de intervención se enfoca en la depresión infantil en casos relacionados con MI.

Desarrollo del bebé: Vinculo, apego y psicopatología: MI

Para Lebovici et al. (2006) sobre bebés separados de sus padres, madres y cuidadores, menciona que hay una representación de esa madre en la vida del niño, refiriendo los estudios de Spitz (1979) y las repercusiones que observaron:

[L]a fobia ante la cara de un extraño, manifestaba sus efectos alrededor del octavo mes de vida, lo que demostraba el hecho de que el bebé tenía ya una representación permanente y diferenciada de su madre: podría decirse que la presencia del extraño equivalía a la ausencia de la madre y que el bebé proyectaba y desplazaba sus primeras angustias de separación sobre un objeto exterior, el extraño. (p. 12)

Estas investigaciones junto con las de Bowlby, apoyaron los programas y políticas sobre los cuidados maternos y reflejaron el impacto que tuvo en esta población la separación con sus familiares. Por lo que, para Bowlby (1981) “la calidad del cuidado paterno, materno o una relación substituta influye y tiene vital importancia futura en la salud mental” (p.13) del niño y niña, enfatizando que, en la medida en que esta sea una relación afectuosa, íntima y continua donde ambos tengan satisfacción y gozo no se podrían encontrar tantas dificultades. Sin embargo, en el caso de niños (as) en situación de albergue o como lo menciona (1981) de *privación* por alguna causa, entendiéndola así como:

La situación genérica en que un niño carece de esta relación se llama “privación de madre” (o privación materna)...un niño puede hallarse privado aunque viva en el seno de su hogar, si su madre (o sustituto materno permanente) es incapaz de darle el cariño y el cuidado que necesitan los niños pequeños. (p.13)

La cuestión cambia y tienen varios *efectos adversos a la privación de la madre* [ya que, como lo menciona el autor en sus estudios sólo se enfocó en este vínculo como primordial en el desarrollo de los niños (as)].

Modelo Ecológico

El modelo ecológico considera el desarrollo humano y el entrecruzamiento de varios microsistemas que envuelven a una persona, lo cual conforma el *mesosistema*. Este sistema incluye vínculos entre familia y escuela, o familia y grupo de amigos, relación que se va modificando o ampliando en el curso del desarrollo. El *exosistema* comprende entornos entre los cuales la persona no está como participante activo pero cuyos eventos influyen su desarrollo. Por ejemplo, el espacio laboral de los padres, los vínculos entre familia y comunidad, representando principalmente los ambientes sociales y organizaciones. El *macrosistema* está compuesto por los patrones culturales vigentes tales como creencias, ideologías, valores, sistemas políticos y económicos, organización de instituciones sociales y comunitarias en una particular cultura o subcultura. Este conjunto tiene mucho poder en las formas de relación que ocurren en los sistemas anteriores, ya que son internalizados de forma activa por el individuo, influenciando sus comportamientos. En general, se relaciona con los valores, las leyes y la cultura. Finalmente, el cuarto núcleo es el tiempo o cronosistema, que involucra eventos y rutinas de la persona a lo largo del ciclo vital, así como los acontecimientos históricos de determinada época. (Bronfenbrenner, 1979, pp. 231-282)

El modelo ecológico de Bronfenbrenner es considerado uno de los modelos más empleados en el trabajo con violencia. Dado que este modelo ofrece una perspectiva ecológica, la cual incluye a la persona dentro del desarrollo humano, los contextos, el dinamismo que se encuentra en la interacción constante del ser humano con su entorno y una perspectiva que involucra diversos momentos de la persona. Por ello, Corsi (2003) lo ha trabajado en el ámbito de la violencia familiar, doméstica, con mujeres, niños y parejas. (p. 128)

Corsi (2003) en relación a un caso de una niña con MI, señala la necesidad de trabajar desde esta perspectiva. Señalando los aspectos cotidianos de la casa, la escuela, el trabajo y las relaciones directas con los padres, hermanos, colegas y profesores:

Porque en estos casos, el daño que se le causa a la víctima no es un hecho aislado, único. Hablamos de violencia cuando hay una conducta que, con intención y direccionalidad, busca causar daño en el otro y hay reincidencia de la conducta abusiva. (p.168)

Para de Paúl y Arrubarrena (1996) han surgido diversos “modelos etiológicos de tipo psicosocial y sociointeraccional, en los que se tratan de integrar los aspectos psiquiátricos y psicológicos con los aspectos sociales, culturales y ambientales.”(p. 31) que incluyen las referencias a diversas propuestas en torno al tratamiento e intervención en casos de MI en los diferentes modelos ecosistémicos.

Para poder generar modelos de evaluación con niños y niñas que han presentado MI, se ha considerado el modelo ecológico en su evaluación y tratamiento. Dado que se considera en esta propuesta a todos los actores involucrados, los factores ambientales, los espacios y entornos donde los niños y niñas se desarrollan como: la casa y hogar, la familia, la escuela, la comunidad, el contexto social y cultural. Además de reconocer los factores individuales y el contexto donde ocurre el maltrato infantil.

Para Ampudia et al. (2009) es importante destacar tres categorías básicas dentro de este modelo ecológico:

El sistema individual: El cual incluye la evaluación de las características personales y el diagnóstico de las alteraciones relacionados al MI. Entre las más relevantes están las condiciones físicas e intelectuales de cada niño y niña, los problemas conductuales y disciplinarias que presenta, y la expresión que muestran como la hiperactividad, impulsividad y agresividad, así como las emociones emergentes del trauma. Todas ellas deberán

valorarse por medio de una serie de técnicas e instrumentos confiables que permitan identificar los aspectos cognitivos, perceptomotores y comportamentales.

Sistema familiar: resulta especialmente relevante el análisis y evaluación de las estrategias de control parental (estilos de crianza, repertorios de control limitados e inefectivos, disciplina basada en la violencia, control punitivo, rechazo y arbitrariedad), las expectativas, las características de la familia como padres, madres y cuidadoras con depresión, baja autoestima, rigidez, inmadurez, consumo de drogas; las relaciones familiares, las influencias bidireccionales de las interacciones padres-hijos. La implicación afectiva, los conflictos maritales, y las problemáticas de las parejas: separaciones, divorcios, violencia etc. A ello, se suman estructura y rasgos de personalidad de los padres, madres y cuidadoras.

Sistema social: los criterios y variables relevantes para la evaluación en éste aspecto hacen referencia al nivel de estrés global experimentado por los padres, madres y miembros del sistema (desempleo, aislamiento social, conflictos), situaciones ambientales anómalas (privación sociocultural y afectiva), sucesos y cambios vitales importantes de la unidad familiar y relaciones de familia con otros sistemas extrafamiliares. (pp. 185-186)

Finalmente, Brofenbrenner citado por Corsi (1994) “propuso este modelo en el ámbito de la investigación del desarrollo humano, con el objetivo de no aislar a la persona en estudio de sus entornos naturales.” (p.51) Es decir, el modelo ecológico propone una mirada abarcativa, que permite considerar diversas dimensiones de la vida del niño y la niña lo cual implicará tener una mirada multidimensional sobre la violencia, el MI y la DI.

CAPÍTULO II DEPRESIÓN INFANTIL. DEFINICIÓN

La depresión infantil es definida desde diferentes perspectivas e incluye cambios en el comportamiento de los niños y niñas. Al padecer depresión infantil, esto puede conllevar a diversas problemáticas como bajo rendimiento escolar, dificultades en sus relaciones sociales, con sus familias o sus pares. Estas dificultades pueden generar una confusión en relación a un diagnóstico adecuado y oportuno, dado que diversas posturas teóricas mencionan que se tienen que identificar los síntomas específicos, la duración que presenta el cuadro, la frecuencia de indicadores, además considerar los aspectos que incluyen las emociones, el temperamento, la intensidad y duración. Ello se puede observar con determinados síntomas, los cuales deben ser observados y analizados. Por lo que, el abordaje, el diagnóstico y la intervención dependerán de la postura teórica. Por tanto, definiré algunas propuestas empleadas para después realizar un análisis psicodinámico que permita observar algunas propuestas que se han generado en torno al tema.

En primer lugar, la depresión infantil puede definirse según del Barrio (2007) como “un desajuste en la regulación de la intensidad y duración de la tristeza que se produce por una carencia de algo deseado o amado. Esta sensación de pérdida se desencadena por muy diversos motivos tanto en adultos como en niños...” (p.17) Para del Barrio (2007) existen diferentes síntomas distintos de la DI que se muestran en categorías (pp.18-19):

<p>Emocionales:</p> <p>Tristeza, pérdida de disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos de humores, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, lloros excesivos, ausencia de interés por las cosas.</p>	<p>Sociales:</p> <p>Aislamiento, soledad, retraimiento, incompetencia social</p>
<p>Motores:</p> <p>Inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad</p>	<p>Conductuales:</p> <p>Protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, fugas, delincuencia, droga, piromanía.</p>
<p>Cognitivos:</p> <p>Falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de suicidio, pensamientos morbosos, descenso del rendimiento.</p>	<p>Psicosomáticos:</p> <p>Enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito.</p>

La DI se ha definido como una situación de tristeza que tiene cierta duración e intensidad como refieren Caballero, Costello y Angold citados por Ampudia (2009) al señalar que:

[L]a Depresión Infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas duran más de dos semanas y de trastorno distímico cuando los síntomas pasan de un mes. (p.90)

Caracterizada por comorbilidad de otras conductas como agresividad e hiperactividad, lo cual hace más compleja su evaluación y diagnóstico. Por ello, estas cuestiones generan un impacto en las esferas de la vida de los niños y niñas (escolar, familiar, social, con sus pares).

En el caso de Cobo (1992), sobre adolescentes que padecieron maltrato físico de manera constante en su infancia por parte de sus padres o uno de ellos, éstos tuvieron dificultades tanto en retrasos psíquicos, psicopatía, factor de riesgo para delinquir, estructura masoquista y con depresión o suicidio al llegar a la adolescencia.

Asimismo, Ampudia, Santaella y Eguía (2009) consideran que:

La Depresión Infantil se ha descrito principalmente desde dos tendencias. La de los evolucionistas señala que la Depresión Infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en que se presenta y sostiene la existencia de una Depresión Infantil evolutiva. Otros autores destacan la existencia de una Depresión Infantil con sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta (Depresión Infantil enmascarada), por lo que, es fácil equivocar el diagnóstico en los menores. (p.91)

Algunas características de la Depresión Infantil según Ampudia, Santaella & Eguía (2009)

son:

<p>Nivel cognitivo:</p> <p>Su cognición y pensamientos están distorsionados, se altera la capacidad de comprensión y de atención.</p>	<p>Nivel psicomotor</p> <p>Se cansa sin motivo y reduce su actividad motora.</p>
<p>Nivel afectivo</p> <p>Se siente triste, llora con facilidad, es incapaz de disfrutar</p>	<p>Nivel psicossomático</p> <p>Alteraciones del sueño, alimentación, pérdida de apetito. (p.91)</p>

De manera general se ha identificado a la depresión infantil como una alteración en el estado de ánimo, la cual se pensó durante años no podía padecer los niños y niñas y se basaba sólo en la psicopatología que los adultos presentan en este cuadro diagnóstico. Por ello, hablar de DI es una cuestión muy contemporánea que se ha mencionado sólo en algunos especialistas, dado que no se consideraba como un proceso que padecen los niños y niñas. Por ello, la DI es considerado un desorden en la alteración del estado de ánimo, una situación afectiva de tristeza mayor, que presenta diversos grados y duración, según Rodríguez Ávila J. & Ortiz Ramírez, M. (s.f.).

Como consecuencia, para la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en el DSM-5® (2014) la depresión se encuentra dentro de los Trastornos depresivos, incluyendo trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo debido a otra afectación médica, trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento y otro trastorno depresivo especificado o no especificado. (p. 155-188)

En relación a la sintomatología, cuando un niño y niña es diagnosticado con un Trastorno depresivo Mayor, según estos criterios, debe tener cinco de nueve síntomas, con duración de dos semanas:

1. Estado de ánimo deprimido	6. Fatiga o pérdida de energía
2. Pérdida de interés o capacidad por el placer	7. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa
3. Pérdida o aumento significativo de peso	8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
4. Insomnio o hipersomnia casi diario	9. Ideas recurrentes de muerte

5. Agitación o enlentecimiento psicomotor	
--	--

Dentro de la sintomatología es importante destacar que la DI puede manifestarse de diversas formas y bajo diversos factores, tanto ambientales, biológicos (genes, sistema neuroendocrino), de personalidad, demográficos, familiares y la interacción con los padres, madres y cuidadores.

La Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes CIE-10 (2007) considera a la DI en la clasificación de los Trastornos del humor (afectivos) se mencionan tres episodios: depresivo leve, depresivo moderado y depresivo grave después de dos semanas y volviendo a aparecer seis meses posteriores. Considera la depresión en la niñez asociada a trastornos de conducta y como estos se relacionan de manera directa con la DI (p.70).

Dentro de los criterios interactivos para hacer un diagnóstico social de la DI del Barrio (2007) menciona los problemas de familia y las relaciones con compañeros, maestros y otros adultos significativos como (p. 28):

1. Problemas de familia:	2. Relaciones con compañeros, maestros y otros adultos significativos:
-Apego inseguro o apoyo.	-Aislamiento social.
-Baja cohesión o apoyo.	-Rechazo
-Maltrato Infantil.	-Baja autoestima
-Niveles inadecuados de control familiar.	-Dificultades en la resolución de problemas interpersonales

-Niveles altos de conflicto familiar.	
-Dificultades en la regulación de los afectos.	
-Problemas en los patrones de comunicación.	
-Transmisión de cogniciones depresivas.	
-Adecuación precaria entre temperamento y trato.	

Además, otro aspecto sobre la depresión infantil, es que, como lo señalan Rodríguez & Ortiz (s.f.) se ha detectado que los elementos más significativamente asociados a la DI son la muerte de familiares cercanos (como los padres, hermanos, abuelos tíos y primos o mascota), la separación o divorcio de los padres, padre ausente, maltrato físico o verbal por parte de algún familiar cercano, abuso sexual y familia disfuncional.

Con respecto al diagnóstico diferencial, es importante mencionar que los problemas de conducta son comúnmente asociados con la DI, por lo que es importante indagar a profundidad sobre la comorbilidad o como menciona del Barrio (2007) “la hiperactividad es el trastorno de comorbilidad más alta, sobre todo con los problemas de conducta y también uno de los más estudiados. Otra comorbilidad frecuente es la ansiedad con depresión, así como la depresión con trastornos de conducta “(p.20), lo cual empieza a denotar algunas consideraciones para su distinción e intervención.

Las características mencionadas hasta el momento sobre la DI refieren cambios en el comportamiento de niños y niñas, tristeza y consecuencias graves en sus relaciones sociales. Para

el diagnóstico, es importante observar la duración y frecuencia de los indicadores de depresión para poder realizar un diagnóstico oportuno para acompañar al niño (a) y su familia.

Es evidente que la DI repercute de manera importante en los niños y niñas que la padecen e incide de manera frecuente en diversas áreas de desarrollo del niño (a), tanto a nivel cognitivo, afectivo, psicomotor, psicosomático, asimismo en el establecimiento de sus relaciones y repercusiones futuras, de ahí la importancia de su estudio, como lo refieren el Grupo de trabajo de la Guía de práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009) “La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo”.(p. 47)

Por lo que es necesario conocer no sólo las definiciones de la DI, sino tomar en cuenta las teorías evolutivas ya que pueden apoyar la labor de identificación del maltrato y la depresión infantil, y de ello depende en muchas ocasiones las manifestaciones que presenten de acuerdo al desarrollo del niño (a). Así como conocer las teorías e investigaciones que se han presentado a lo largo del tiempo sobre el Maltrato y la Depresión Infantil.

Para Barudy (1998) citando a Blumerg (1981) había enunciado que una de las causas principales de la depresión infantil era la deprivación afectiva. Desde la perspectiva de Barudy (1998) considera que el niño (a) <<mal amado>> tiene una *mala imagen de sí mismo* además de que desarrolla una visión del mundo como amenazante y poco seguro. Además de enfatizar como, algunos de sus pacientes que han presentado trastornos depresivos pueden ser apoyados si se les conduce hacia sus propias experiencias de negligencias y carencias afectivas, mostrando una relación desde su experiencia clínica del MI y la DI como elementos importantes en situaciones

de carencia afectiva en niños y niñas víctimas de negligencia. Entre las consecuencias se encuentran: baja autoestima, tristeza, ansiedad crónica y depresión.

Según Zelaya, González y Piris (2009) existen diferentes dificultades familiares que interfieren en el desarrollo adecuado de un vínculo afectivo con los niños y niñas, lo que propicia la DI en casos de MI:

Los trastornos del estado de ánimo, son los diagnósticos clínicos más frecuentes que se presentan asociados al maltrato infantil. Estos hallazgos son importantes, al tener en cuenta que un estudio realizado por (McNew y Cytryn) encontró una alta incidencia de depresión en hijos de padres depresivos, por lo que se considera un factor importante la relación madre e hijo”. (p. 193)

Asimismo, concluyen que al haber presencia de trastornos depresivos con o sin intento de suicidio se debería alertar a los pediatras ante la sospecha de que los niños y niñas pudieran presentar MI. Es decir, uno de los factores que consideran pueden presentar los niños y niñas como predictores son la familia, tener algún padre con un cuadro depresivo y el MI. Por lo que, Zelaya, González y Piris (2009) refieren en el grupo de maltrato infantil que los diagnósticos clínicos asociados en mayor porcentaje representan los trastornos depresivos (60.5%), de los cuales los trastornos del comportamiento y de la atención presentaron un (7.7%) e incluyen otros diagnósticos clínicos que se presentan con menor frecuencia (p.193), lo cual genera una relación directa con estas variables.

Asimismo los niños (as) que han sido sometidos a malos tratos y en específico, a abuso sexual, pueden presentar secuelas psicológicas emocionales a corto y largo plazo tanto en la infancia como en la adolescencia. A su vez, se han observado diferentes efectos del MI en el que diversos estudios, apoyan los efectos negativos que provocan en la vida de los niños y niñas en su adolescencia o vida adulta a corto, mediano o largo plazo. (Echeburúa y de Corral, 2006, pp. 79-80).

Por otra parte, Sepúlveda (2006) puntualiza que existen diversos trabajos que han demostrado las consecuencias que existen en la violencia de género y las repercusiones a las mujeres. Existen pocos estudios que aborden los efectos que tienen en los hijos e hijas de estas familias, ante estas situaciones. Considerando que en muchas ocasiones estos niños (a) son víctimas también del maltrato de estas mujeres o de ambos padres, perpetuando comportamientos destructivos en sus propios hogares y afectando su bienestar y desarrollo (pp. 153-156).

MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA DEPRESIÓN INFANTIL: PSICOANÁLISIS

En este apartado se revisan algunos modelos que han formulado autores desde el psicoanálisis con su descripción, explicación y abordaje teórico de la DI.

El estudio sobre la relación que tienen los abusos físicos y el MI en relación a padecer depresión ha sido estudiado a lo largo del tiempo. Existen diversos cambios en el comportamiento provocados por la DI en los niños y niñas como: dificultades para relacionarse con sus pares, con su ambiente, etc. Los cuales dependen de cada niño (a), tomando en cuenta su ambiente, las características, la duración y el desarrollo de la DI.

Para iniciar, presentaré uno de los primeros estudios que se realizaron sobre este tema, vista en un primer momento como Melancolía. Es importante destacar esta cuestión debido a que de ello derivaron diversas propuestas.

Sobre melancolía y abatimiento ha habido diversos autores que han referido a ella, por ejemplo Aristóteles. Sin embargo, iniciaré sólo, como referencia a Freud (1992b) ya que presenta, a la Melancolía como un aspecto fluctuante y el duelo como una reacción ante la pérdida. Entre las características de la melancolía se considera que

[S]e singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.” (p.242)

Pareciera que el duelo y la melancolía tendrían elementos comunes que pudieran hacer pensar que son lo mismo, sin embargo, esta *rebaja en el sentimiento de sí* será la diferencia. Si bien el

duelo es una reacción ante la pérdida del objeto amado e implica la pérdida de interés. La melancolía es asociada con aspectos anímicos, como lo señala Freud (1992b):

El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma. Esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. (p.242)

Manifestando en ello deseos, expectativas e investiduras que se le atribuyeron al objeto, no queda más que vacío, que coloca a la persona en una posición de renuencia ante la intensidad de la pérdida, duelo. De otra manera la melancolía para Freud (1992b), tendrá que ver con una pérdida que es desconocida:

El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico (*Ichgefühl*), un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo nos describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado; asevera que nunca fue mejor.”(pp. 243-244)

Por lo que, una de las características que podrían mencionarse como síntomas son el insomnio, la falta de interés de alimentarse, desfallecimiento, todo lo que llama o apele a la pulsión de aferrarse a la vida y falta de interés. Es el discurso interior que se vuelca de significado, de dolor de vida que continúa, por ello esa forma que menciona de aferrarse a la vida de dolor. Otra de las características del melancólico según Freud (1992b) contempla:

Lo esencial no es, entonces, que el melancólico tenga razón en su penosa rebaja de sí mismo, hasta donde esa crítica coincide con el juicio de los otros. Más bien importa que esté describiendo correctamente su situación psicológica. Ha perdido el respeto por sí mismo y tendrá buenas razones para ello. Esto nos pone ante una

contradicción que nos depara un enigma difícil de solucionar. Siguiendo la analogía con el duelo, deberíamos inferir que él ha sufrido una pérdida en el objeto; pero de sus declaraciones surge una pérdida en su yo. (p. 245)

Siguiendo esta propuesta de Freud (1992b) las pulsiones que imperan en el discurso siempre han mencionado a la vida y la muerte, sin embargo lo que muestra es, vacío:

El cuadro nosológico de la melancolía destaca el desagrado moral con el propio yo por encima de otras tachas: quebranto físico, fealdad, debilidad, inferioridad social, rara vez son objeto de esa apreciación que el enfermo hace de sí mismo; sólo el empobrecimiento ocupa un lugar privilegiado entre sus temores o aseveraciones. (p.245)

Por último una de las características de la melancolía para Freud (1992b) es la ambivalencia

En la melancolía se urde una multitud de batallas parciales por el objeto; en ellas se enfrentan el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto, y el otro por salvar del asalto esa posición libidinal. A estas batallas parciales no podemos situarlas en otro sistema que el *Icc*, el reino de las huellas mnémicas de ahí mismo se efectúan los intentos de desatadura en el duelo...La ambivalencia constitucional pertenece en sí y por sí a lo reprimido, mientras que las vivencias traumáticas con el objeto pueden haber activado otro [material] reprimido. Así, de estas batallas de ambivalencia, todo se sustrae de la conciencia hasta que sobreviene el desenlace característico de la melancolía. Este consiste, como sabemos, en que la investidura libidinal amenazada abandona finalmente al objeto, pero sólo para retirarse al lugar del yo del cual había partido...Es más bien a la pieza inconsciente del trabajo a la que podemos adscribir una operación tal; en efecto, no tardamos en discernir una analogía esencial entre el trabajo de la melancolía y el del duelo. Así como el duelo mueve al yo a renunciar al objeto declarándoselo muerto y ofreciéndole como premio el permanecer con vida, de igual modo cada batalla parcial de ambivalencia afloja la fijación de la libido al objeto desvalorizando este, rebajándolo; por así decir, también victimándolo.” (pp. 253-254)

Para éste la vida consiste en pérdidas constantes, la pérdida considerada como duelo es parte inherente de la vida. La melancolía, entonces, no resuelve, permea, es atemporal, interpone un objeto amado perdido, objeto signifiante que se inviste, la vida se declara muerte ya que ha sido puesto hacia el objeto, por ello es que habla de la libido amenazada, abandonada sobre el yo mismo recae sobre la voz que es vacío de Otro, como si fuese ajena, como pérdida de ganas de vivir, libido

del propio yo. Dificultad de relacionarse (amar), inhibición, o como lo llaman baja autoestima, es rebaja de sí mismo, se exterioriza el mundo interno, a diferencia del duelo donde lo exterior es lo que se ha dificultado, en cambio en la melancolía el pasaje es hacia el Yo, pérdida de investidura libidinal, dificultad de expresar que es lo que se pierde, inconsciente, dolorosa y con tristeza en los cuadros de depresión y que acontece una dificultad con el vínculo con ese objeto.

Desde otra perspectiva, para Klein las personas dentro de su desarrollo se muestran en dos posiciones, la esquizoparanoide y la depresiva. Las posiciones se configuran a través de las relaciones objetales, integración de su Yo y los mecanismos de defensa. Para Klein (1988) en el niño (a) existe un Yo que es rudimentario que muestra ansiedad y utiliza mecanismo de defensa para contrarrestar sus relaciones tanto en la fantasía como en la realidad:

Yo no comparto su enfoque (refiriéndose a Freud) porque mis observaciones analíticas muestran que hay en el inconsciente un temor a la aniquilación de la vida. Pienso también que si suponemos la existencia de un instinto de muerte, también debemos suponer que en las capas más profundas de la mente hay una reacción a este instinto en la forma de temor a la aniquilación de la vida. Así, a mi entender, el peligro que surge del trabajo interno del instinto de muerte es la primera causa de la ansiedad. (p.38)

Es decir que este Yo se va organizando hasta en el mejor de los casos formar su integración. Por ello, las representaciones que en el niño (a) surgen, van formando la realidad externa y muestran un mundo de representaciones y significados en el desarrollo psicológico, emocional, social, ambiental; un mundo en el que la existencia del niño (a) y sus pulsiones se representan y expresan. La experiencia del alimento y como este fue dado es una parte también esencial en la vida psíquica de las personas, los cuidados otorgados, y las experiencias de duelo, atribuidas como gratificantes, satisfactorias, frustrantes, agresivas, gratificación y satisfacción (displacer-placer) que se presentan a lo largo de las dos posiciones.

Observando la propuesta de Klein, es importante destacar que a pesar de que no se tomó a la ansiedad como una variable en este proyecto de investigación, la ansiedad sí constituye, en la vida psíquica de las personas, un precursor importante para esta autora, por lo que, esbozaré la postura de la autora tanto en la ansiedad persecutoria, como en la ansiedad depresiva, sólo como referencia, las cuales se sitúan con mayor preponderancia en cada una de las posiciones de esta autora. Destacando que la autora dice que la distinción entre ambas es poco delimitada. Dicho lo anterior, la ansiedad persecutoria predominante en la posición esquizoparanoide en donde lo que predomina, es la escisión, Klein (2008)

La posición paranoide, que es el estadio en que predominan los impulsos destructivos y las ansiedades persecutorias, se extiende desde el nacimiento hasta el tercero, el cuarto e incluso el quinto mes. Esto obliga a alterar la cronología de la fase de apogeo del sadismo pero no supone ninguna modificación en mi punto de vista sobre la estrecha interacción del sadismo y la ansiedad persecutoria cuando ambos están en su apogeo.

La posición depresiva, que sigue a la anterior y está vinculada con importantes etapas del desarrollo yoico, se establece a mediados del primer año... Los sentimientos depresivos y la culpa dan origen al impulso de preservar o hacer revivir el objeto amado, ofreciendo así una reparación por los impulsos y fantasías destructivos. (p. 17)

Es decir que en la posición depresiva, la ansiedad se introduce a través de la culpa surgiendo de la introyección del objeto como un todo, en relación al primer estadio donde los impulsos destructivos y persecutorios son predominantes ligándose a un pecho que frustra o gratifica; en la posición depresiva la culpa ya se muestra como algo muy importante en la relación objetal del bebé con su cuidador. Es decir, esta propuesta de desarrollo hace prevalecer que el *yo* durante su desarrollo tiende a integrarse (en el mejor de los casos) aspectos que tienen que ver con sus relaciones objetales necesarios para el desarrollo del Yo, ofreciendo protección contra estas ansiedades tempranas. El bebé, desde esta postura, comienza a ver a ese objeto de amor y también de odio por lo que surge la angustia depresiva en Klein (2013) “La madre que él ve, la madre real,

le da así pruebas continuas de cómo es la “interna”, de si lo quiere o está enojada, de si lo ampara o es vengativa.”(p.348)

Es decir que para fines de este análisis el amor, observada en estos objetos internalizados, es esencial ya que, representa un papel clave en el proceso, cumple un fin reparador para poder controlar la destructividad que surge como un deseo por realizar, por lo que, el Yo trataría de conservar el amor, las relaciones a través de conflictos a través de la fantasía para restaurar lo que llama la autora el *objeto interno*.

Sin embargo, para Klein (2008) no es necesario que los niños(as) tengan una pérdida, sino que también pueden deprimirse por una ausencia de una relación inadecuada con sus madres en el primer año de vida. Lo que se convierte en un factor de riesgo en la vida futura del menor, además de mencionar estadios tempranos en el desarrollo de los niños (as) como la posición paranoide (predominando impulsos destructivos y ansiedades persecutorias, siendo estas ansiedades básicas durante el primer año de vida, abarcando el nacimiento hasta incluso el quinto mes) , siendo que, desde el inicio de la vida, para esta autora, existen impulsos agresivos que son dirigidos al objeto (madre), impulsos orales-sádicos son muestra de fantasías de destrucción y la posición depresiva donde a partir del cuarto o quinto mes de la vida del niño (a) existe el temor en que éste sea atacado y destruido por lo que, estas primeras fantasías de destrucción son dirigidas hacia él, lo que genera ansiedad, sentimientos de culpa que originan el dolor y temor a la pérdida del objeto amado.

Describiendo así la depresión infantil, conocida también como *angustia depresiva*, relacionada a impulsos de destrucción, a su vez, de miedos a perder el objeto amado, por lo que, surgen los deseos de reparación con que el *yo* intentará enfrentar la pérdida y el dolor. Al reconocer los impulsos destructivos sobre el objeto amado al niño (a) le causa culpa y depresión dado que esta experiencia le hace usar dos formas defensivas; por un lado *la reparación*, para poder elaborar el

dolor y duelo por esta sensación de pérdida, y por el otro la *defensa maníaca* que incluye el desprecio como defensa. Para Segal (2012) la posición depresiva es definida:

Melanie Klein definió la posición depresiva como la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto. Este es un momento crucial del desarrollo infantil... significa que ya la percibe como objeto total... el bebé se relaciona no sólo con el pecho, manos, rostro, ojos de la madre como objetos diferenciados, sino con la madre como persona total, que puede ser a veces buena y a veces mala, que puede estar presente o ausente, y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo. (p.72)

Algunas de las características que se presentan en la posición depresiva son:

1) Las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente. 2) En esta posición depresiva se intensifican los procesos de introyección, el bebé descubre cuánto depende de su objeto, a quien ve ahora como persona independiente que puede alejarse de él, esto pudiera ser interesante al observar en los casos de Maltrato Infantil ya que pudiera presentarse 3)Aumenta su necesidad de poseer este objeto, de guardarlo dentro de sí, y si es posible, de protegerlo de su propia destructividad 4)La posición depresiva comienza en la fase oral del desarrollo, en que el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar 5)La experiencia de depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos. Anhela compensar los daños que les ocasionó en sus fantasías omnipotentes, restaurar y recuperar sus objetos de amor perdidos, y devolverles la vida y la integridad. El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebe y sus impulsos amorosos y reparatorios 6) El bebé inhibe en parte sus instintos y en parte los desplaza sobre sustitutos; aquí comienza la formación de símbolos. Los procesos de sublimación y de formación de símbolos están estrechamente vinculados con conflictos y ansiedades de la posición depresiva, y son una consecuencia de éstos. (Segal, 2012, p.73)

Finalmente, la teoría de Melanie Klein aporta, con respecto a las posiciones paranoides (integración del yo) y la depresiva de naturaleza persecutoria, donde tanto lo afectivo como lo agresivo convergen en su relación con los objetos, lo cual es de suma importancia en el proceso de reparación. Dado lo anterior, la depresión infantil, por una parte, pone la construcción de la relación de objeto, las cuestiones de la relación vincular con otro, además de las consecuencias

que presentan los niños (as) para reaccionar a los afectos, en la comunicación, a su poca expresión y respuesta psicoafectiva ante los estímulos que se le presentan debido a la condición que presentan. Por lo que es importante trabajar tanto con niños y niñas víctimas de MI en situación de albergue, dentro de su sistema familiar, y en otros contextos donde se encuentren, como es el caso de esta investigación en una casa hogar y una primaria.

Desarrollo del bebé: Vínculo, apego y psicopatología: DI

Algunas consideraciones con respecto a la DI surgieron de Bowlby sobre el estudio con bebés, observando cómo algunos niños y niñas al ser separados de sus familias y ser ingresados a instituciones presentaban algunas alteraciones en su comportamiento, salud mental y personalidad por ello Bowlby (1981) menciona que “La privación completa... tiene efectos de mayor alcance sobre el desarrollo del carácter y puede invalidar completamente la capacidad de relacionarse con otras personas.” (p. 14) Además, señala algunas consecuencias en los niños y niñas en sus relaciones, sus excesivas demandas de cuidados y dificultades emocionales desde separaciones que llama parciales, hasta privaciones completas las cuales pueden llegar a presentarse durante largos períodos produciendo ansiedad. Bowlby (1981) al dar ejemplos sobre niños (as) que han sido privados del cuidado materno y sobre la sintomatología que presentan los menores con depresión señala

La descripción del típico infante separado-indiferente, callado infeliz e incapaz de responder a una sonrisa o halago- también ha sido repetida... una forma de depresión que tiene muchas de las características del típico paciente depresivo adulto del hospital mental. El tono emocional es de aprensión y tristeza. El niño se aparta de todo lo que lo rodea, no trata de establecer contacto con un extraño y no se anima si este extraño trata de relacionarse con él. Hay retraso en las actividades y el niño con frecuencia permanece sentado o yace inerte y sumido en una especie de estupor. La falta de sueño es común y la falta de apetito, universal. La criatura pierde peso y es presa de infecciones. Hay un retraso notable del desarrollo en general. (p.25)

Siendo características que se señalan en definiciones anteriores, caracterizadas por cambios en el comportamiento, en sus emociones; de manera particular el bajo peso, la falta de apetito, alteraciones en el sueño y la tristeza; definiéndola como una *depresión anaclítica*, la cual, como he mencionado, tiene la característica de que el niño (a) al ser perturbado de la presencia del cuidado materno, llorará, se mostrará a través de su desapego emocional el cual debe ser considerado desde las perspectivas de la edad en que el niño (a) perdió de esos cuidados, el período

de tiempo y la falta de los afectos brindados. Entre otros trabajos sobre las depresiones infantiles, Polaino, Domenech, García y Ezpeleta (1988) señala que Bowlby (1981) estudió las siguientes tres fases:

Fase asténica y reactiva: Está caracterizada por ansiedad, gritos, dificultades para dormir, terrores nocturnos, reacciones de oposición, regresión en su comportamiento alimentario.

Fase depresiva: Se caracteriza por la disminución de la movilidad y plasticidad psicomotriz, indiferencia ante los estímulos que se le presentan, limitación de la vida de relación a sólo los automatismos, pérdida de la iniciativa.

Fase autodestructiva: Se caracteriza por la reducción de su vida de relación a sólo sus necesidades primarias, apatía, indiferencia y numerosas manifestaciones depresivas. En esta fase, la restitución de la madre no logra hacer reversible el cuadro clínico en el niño (a) en el que, generalmente, aparece después del primer año de la vida. (p.40)

Por otra parte para Spitz (1979) la depresión del bebé fue mencionada en sus estudios de observación continua de niños y niñas que estuvieron en una institución y recibieron cuidados de sus madres cuando tenían de seis a ocho meses. Siendo 23 menores que presentaban depresión severa y 26 con diferentes indicadores de depresión, de un total de 123 menores, por lo que, unas de las características que presentaban era

[L]os niños se vuelven llorones, exigentes, tienden a asirse al observador, cuando éste logra tener contacto con ellos... el lloriqueo muchas veces se cambia en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención en el índice de desarrollo... los niños se niegan al contacto. Yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo, indicio patognomónico. Se inicia el insomnio; prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes; el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial. (p. 199)

Como menciona Lebovici et al. (2006) la *Depresión del lactante*, se presenta como angustia de separación y entre sus características se encuentran:

Las formas más severas recurren a designaciones como el estupor, el embotamiento o el anonadamiento mental; el niño se sienta inmóvil o se acuesta con el cuerpo ovillado, está vuelto de espalda, el rostro fijo, con una rigidez glacial, la mirada vacía, como sordo y ciego a su entorno. (p.224)

Es importante reconocer las alteraciones que surgen al haber separación con el vínculo familiar, para entender el impacto que tiene en los niños y niñas en primera instancia, sobre todo al ser éstos víctimas de MI y estar en un ambiente institucionalizado, siendo privados de este contacto afectivo y que pueden tener repercusiones a largo plazo.

Escalas de Evaluación de la Depresión Infantil

Existen diversas dificultades para poder evaluar depresión infantil ya que, como hemos observado, existe una amplia gama de posturas teóricas y diversas características de sintomatología que se toman en cuenta para evaluar DI.

La mayoría de las clasificaciones mencionan la depresión de leve, moderada a grave, contemplando la duración y severidad de los síntomas.

Por consiguiente, se encuentran diferentes instrumentos para evaluar DI, como lo señala Ampudia, Santaella y Eguía (2009) “Diversas investigaciones muestran que los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la depresión infantil son fundamentalmente el Child Depression Inventory (CDI)... y el Child Depression Scale (CDS)”. (p.92) Para Lang y Tisher (2003) es importante considerar que las autoras creen “que la depresión es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones

neuróticas o psicóticas.” (p. 9). Finalmente, este instrumento tiene la característica que está enfocado también para niños y niñas con MI.

Sobre las características básicas de la Depresión Infantil Lang & Tisher (2003) señalan en el Cuestionario de Depresión para niños (CDS) las siguientes:

Respuesta afectiva: sentimientos de tristeza/ desgracia y llantos

Autoconcepto negativo: sentimientos de inadecuación, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño

Disminución de la productividad mental y de los impulsos: aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motórico

Preocupaciones: por la muerte, la enfermedad, el yo y los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida (real o imaginaria)

Problemas de agresión: irritabilidad y explosiones de mal humor. (p.9)

Kovacs en el CDI (2002) define la depresión como una emoción dolorosa o estado de ánimo negativo (síntoma). Una globalidad de estado de ánimo negativo y quejas asociadas; como son: la desesperanza, devaluación personal, deseos suicidas y letargo (síndrome); o un síndrome depresivo con características de patrones sintomáticos y una duración que entorpece el funcionamiento de la persona.

ESTUDIOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE DEPRESIÓN Y EL MALTRATO INFANTIL

El maltrato y la depresión infantil son problemáticas que repercuten en todas las esferas y tiene un impacto a nivel mundial en la población infantil. En referencia a estos temas se han llevado a cabo diversas investigaciones. Una de ellas es el trabajo realizado por Bringiotti (1999), quien realizó una investigación con el fin de conocer los factores de riesgo sociodemográficos y psicológicos de los padres que posibilitan la ocurrencia del maltrato físico y con ello detectar un grupo de sujetos de alto-riesgo para cometer maltrato físico. Mediante el Inventario de Depresión de Beck observó la sintomatología depresiva, entre otras; concluye dentro de su investigación que:

En el grupo maltrato, encontramos madres con un conjunto de características depresivas en intensidad y cantidad tales que podrían ser consideradas como en situación de riesgo para el cuidado de los hijos. En ellas, se observa la presencia de tristeza, desvalorización, una pobre imagen del futuro y falta de proyectos vitales (p.165)

Dando a conocer la situación de los malos tratos en Argentina. Lo cual nos muestra la importancia de este indicador en relación al Maltrato Infantil. Además, es importante mencionar, como lo señala Marcovich comp. (1978) a partir de sus observaciones en sus experiencias clínicas sobre el impacto que tiene el MI en los niños y niñas que la padecen, ya que en estos “la capacidad de interesarse y apasionarse no se ha despertado y el futuro no ofrece más que apatía. Esta situación de depresión aunada al resentimiento y falta de confianza en llegar a ser querido y aceptado...” (p.116) Estas implicaciones emocionales repercuten en la vida futura del niño (a) de manera muy importante. Aunado a ello Buck y Warren (1995) señalan sobre los niños que padecen MI “A medida que estos niños crecen, la depresión es una característica sobresaliente en su composición emocional.” (p.129)

Entre las consecuencias emocionales, para Sepúlveda (2006) es muy relevante los problemas de depresión que pueden presentar los niños (as) a partir de escenarios de violencia de género, específicamente en la edad que oscila entre los 6 y 11 años. Ya que las personas que fueron víctimas de malos tratos en sus infancias y en su ámbito familiar, en este estudio, tuvieron en su mayoría dificultades emocionales con depresión además de padecer violencia intrafamiliar:

En la infancia media (6-11 años), los problemas afectan fundamentalmente al desarrollo socio-emocional. En la etapa escolar (6 a 8 años), las dificultades de comprensión y asimilación de los problemas se expresa a través de sintomatología de ansiedad, depresión y cognición (fantasías), a medida que el niño crece, aumenta su capacidad para comprender y asimilar la realidad; se puede presentar alianza con uno de los progenitores, culpabilización del otro, enojo, hostilidad, etc., lo que sienta las bases de la identificación de roles. La sintomatología ansiosa y depresiva es cuando se hace más presente, junto con el aislamiento en el entorno escolar y social para mantener en secreto "su problema". (p.158)

Sobre los factores de riesgo en la DI es importante mencionar que del Barrio (2007) dice que más que hablar de una etiología es importante tomar en cuenta los factores de riesgo en interacción y relación a factores personales, familiares y ambientales (p.58). Lo cual nos puede dar una postura integradora dada la complejidad de la problemática, tomando aspectos y variables a su vez que pueden influir en la etiología. Asimismo en el texto de del Barrio (2007) “Estudios recientes siguen encontrando mayor tasa de problemas emocionales y depresión en niños institucionalizados” (p.69) lo cual, pareciera, representa la importancia de trabajar con este tipo de población que vive y crece en albergues y casas hogar en México. Además entre los factores de riesgo que la autora destaca dentro de los factores ambientales son: problemas con los padres, inestabilidad emocional de los padres, la existencia de los trastornos depresivos en los padres, dificultades en la relación de apego (dificultades en el vínculo, ausencia de apego, muerte) la relación de apego, un mal clima familiar y el divorcio; todo ello destaca la importancia de trabajar con menores que fueron víctimas de maltrato.

Ñúñez, Monge, Gríos, Elizondo y Rojas (2003), realizaron una investigación para determinar la violencia física, emocional y sexual durante el embarazo en asociación al bajo peso al nacer. Explorando la violencia sufrida por 118 embarazadas. Los resultados obtenidos muestran que los niños de estas madres pesaron 449.4 g. menos que los de las mujeres que no estuvieron expuestas a violencia. Las variables que asociaron con el bajo peso al nacer fueron la violencia, y el aumento de peso de la madre en la gestación, cuestión que dentro de la sintomatología, es una característica muy frecuente en los casos de depresión en los menores como veremos más adelante. (pp.77-82)

En otro estudio, Trianes y Gallardo (1997), analizaron en sujetos que habían padecido maltrato, la muestra fue representada por 62 niños y 57 niñas, de edad escolar, adolescentes de 11 a 12 años y de 13 a 14 años. Donde se pudo observar que los adolescentes tienen repercusiones en su situación emocional más marcada que los más pequeños en relación a haber padecido maltrato físico en su infancia (pp. 475-476) Lo cual pudiera sugerir la importancia de realizar intervenciones tempranas tanto de prevención como de tratamiento ante el maltrato infantil y sus repercusiones futuras.

En México, Marcovich comp. (1978), estudiaron 686 casos extraídos de notas periodísticas publicadas durante 14 años, predominantemente, en el entonces, Distrito Federal. Algunos de los resultados de este análisis de información mostraron que el 20% era de casos con una edad de 7-12 años, 17% de 1 a 3 años y el 23% de 4 a 6 años. (p.32) En cuanto a las características del agresor es importante mencionar que el 18% de los agresores son menores de 30 años, el 39% de los casos es la madre quién agrede, el padre en un 19%; el padrastro y la madrastra en el 11%; los tíos en el 6% y los abuelos en el 2%; el resto de 7.3% engloba a los

“otros” considerados los hermanos mayores y profesores.(p.30) Lo cual nos habla de la gravedad e impacto de la problemática, donde las esferas familiares son un lugar muy propicio para que las situaciones de MI ocurran.

Dentro de los estudios que se han realizado sobre las dificultades presentadas en la infancia y la depresión en pacientes deprimidos Loh, Maniam, Tan y Badi'ah (2010) destacan en su investigación una relación entre maltrato físico con la depresión en la vida adulta, enfatizando de nuevo las repercusiones futuras al ser víctimas de malos tratos en la infancia.

Además Fletcher y Jason (2009), utilizaron una muestra de adolescentes de Estados Unidos para investigar el MI y la depresión durante la adolescencia. Concluyendo sus reflexiones sobre la vinculación del MI con la depresión, siendo el predictivo más importante (pP.799-806).

También es importante destacar que en el estudio sobre suicidio infantil Bella, Fernández y Willington (2010) refieren que, de las patologías asociadas con mayor frecuencia a los intentos de suicidio en niños y adolescentes, fueron la depresión y el trastorno de conducta disocial. Lo cual hace más pertinente y preocupante su estudio y diagnóstico oportuno ya que puede tener una relación entre el maltrato y la depresión infantil como factores que intervienen en la salud mental del menor. (pp.124-129)

Mientras Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez (2010) encontraron en su estudio sobre la correlación que pudiera existir entre maltrato físico con depresión mayor con mujeres de 18 a 65 años que tres de cada cuatro mujeres con trastorno depresivo mayor o trastorno distímico sufrieron maltrato físico durante la infancia, lo cual es una cantidad notable en la población general. (pp. 317-324)

Otra consideración, son las dificultades que tienen las consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo en el niño (a) como lo señala de Paúl y Arrubarrena (1996) ya que

“Las lesiones físicas severas sólo aparecen en el 3 por 100 de todos los casos en los que el niño recibe agresiones físicas y un 72 por 100 de los mismos no hay evidencias de las mismas. En las situaciones de abandono físico, hay estudios epidemiológicos que muestran que sólo el 25 por 100 de los casos presentan daños físicos inmediatos. De la misma manera, en la mayoría de los casos de abuso sexual no suele haber lesiones físicas en los niños” (p.12)

Aunado a las dificultades sobre datos exactos que nos pudieran dar una idea sobre el impacto que este tiene además de la dificultad de poder mostrar por un lado las repercusiones emocionales y por el otro las repercusiones futuras.

Por tanto, el abordaje a estas problemáticas en la vida de los niños y niñas ha derivado de diversas propuestas que consideran el tratamiento, la prevención, el diagnóstico y la intervención como bases importantes en este proceso.

Existen diversos estudios que relacionan la violencia como un factor que predomina y repercute al interior de las familias. Por ello, Bravo (2008) realizó un programa de intervención en un centro de acogida para mujeres y menores víctimas de violencia doméstica. De esta manera, poder abrir un espacio de reflexión sobre el desarrollo de las intervenciones de las/los profesionales, añadiendo los elementos de protección, el trabajo con autonomía, autoestima desarrollando un proyecto de intervención psicoeducativa. El proyecto de intervención consistió en tres fases: evaluación inicial, intervención / seguimiento, el cual consistía en un acompañamiento quincenal con la mujer y la familia para poder observar sus necesidades y la finalización de intervención para observar las dificultades y los objetivos alcanzados. (p. 337-342) Es interesante esta propuesta dado que se

considera que las mujeres que han sido violentadas tienen niños y niñas que han presentado maltrato, por lo que, entre las características encontradas destaca para Bravo (2008)

Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad, agresividad. Problemas de integración en la escuela, problemas de concentración, déficit atencional y disminución del rendimiento escolar. Síntomas de estrés postraumático como insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad, trastornos disociativos. Conductas regresivas: enuresis y encopresis. Síntomas depresivos: llanto, tristeza, aislamiento. Alteraciones del desarrollo afectivo, dificultad expresión y manejo de emociones con la interiorización aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, tanto víctima como agresor, y la internalización de roles de género erróneos. Parentalización de los niños y niñas, asumiendo roles parentales y protectores de la madre que no les corresponden por su edad. (p. 343)

Es decir, contemplando en este programa de intervención aspectos sociales, emocionales, económicos y de repercusiones mediante pautas de actuación a través de diversos profesionales que acompañan a las familias y diversas actividades de la intervención individual, talleres y actividades de grupo con las mujeres enfocando a temas psicoeducativos y de perspectiva de género. Sin embargo Bravo (2008) considera que hace falta el trabajo de manera más predominante con los niños (as) al referir:

Tener siempre en cuenta que los niños y niñas también sufren las consecuencias de la violencia doméstica, y que al apoyarle a ellos, se puede contribuir a parar la espiral de la violencia de género. Es nuestro objetivo dar una mayor cobertura de intervención psicológica, social y educativa a l[o]s niñ[o]s, que actualmente está muy limitada en la red de recursos asistenciales y de prevención de la violencia (p. 348)

En estas intervenciones han prevalecido diversas dificultades como: sistematizar la experiencia específicamente con los niños y niñas, al ser derivados con otros especialistas y no dar continuidad al proceso de estas familias.

Trenado, Pons y Cerezo (2009) consideran que el trabajo en casos de maltrato infantil debe incluir “el contexto familiar como objetivo de intervención, especialmente en su vertiente de

contexto para la detección temprana y la prevención.”(p. 24) Considerando en su caso, un abordaje sobre las prácticas parentales y el apoyo a familias en la crianza. Para ello toman en cuenta desde la recepción de la familia y la recopilación de la información enfocando en los cambios que desee cada familia, posteriormente realizan una fase de evaluación a los miembros de las familias por medio de “entrevistas semi-estructuradas, visitas a domicilio para conocer el funcionamiento familiar, la utilización de pruebas psicométricas y mediante metodología observacional, que permiten evaluar el sistema familiar y los subsistemas filial y parental.” (Trenado, Pons y Cerezo, 2009, p. 27).

Enfocando su propuesta en una mirada global que de elementos sobre la situación de la familia, los factores protectores, interacciones, factores de riesgo y la valoración de la situación para los niños. Teniendo esta información se procede a la intervención con la familia, mediante un plan de acción: orientación, mediación y terapia familiar. Finalmente observan los cambios que pudieran haber realizado las familias para dar continuidad en un seguimiento o derivar a otras instancias.

En el caso de Pereira y Martínez (s.f.) elaboraron un programa para disminuir indicadores de depresión en adolescentes que se encuentran institucionalizados. Partieron de un Programa en Estrategias de Afrontamiento. Con grupos de jóvenes ya establecidos, a estos se les aplicó “[...] a ocho sujetos, los cuales presentaron las siguientes características: género masculino, edad entre los 15 y 17 años y adolescentes institucionalizados. El requisito que debieron cumplir estas personas fue: que tengan indicadores altos de Depresión, verificados en el Inventario de Depresión de Beck, evidenciando dificultades en su interacción cotidiana.” Al ser evaluados con estas características los jóvenes se enfocaron a una intervención basada en la resolución de sus problemas, autocontrol

emocional y habilidades sociales: considerando que llevando a cabo un programa de estrategias de afrontamiento se disminuyen significativamente los indicadores de depresión.

Existe un protocolo que considera un modelo cognitivo-conductual para poder trabajar con niños y niñas que presentan DI, según Motta (s.f.) al elaborar un Protocolo de intervención psicológica para niños con diagnóstico de depresión infantil, basado en los conceptos de la terapia cognitivo conductual se deben elaborar sesiones terapéuticas de seguimiento que consideren la depresión de leve, moderada o severa recomendando cuatro sesiones y espaciarlas conforme el proceso.

En la etapa I: El propósito principal de esta etapa es presentar información de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo. La sesión inicial establece la estructura y el propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. (p.14)

Tratando de explicar y relatar en los niños su historia con la depresión y cómo afecta en su vida cotidiana, tipos de pensamientos para buscar la modificación de los mismos utilizando ejercicios de relajación. En la etapa II “El propósito principal de esta fase es que el niño o niña logre identificar alternativas, actividades y metas que le permitan tener mayor control sobre su vida de tal forma que logre superar su estado de ánimo depresivo.” (p.15) Enfocando las actividades placenteras que se presentan en la vida de los niños. En la etapa III:

Las sesiones que componen esta fase introducen la idea de cómo las relaciones interpersonales afectan el estado de ánimo. Se trabaja el tema del apoyo social y se aprende a identificar, mantener y fortalecer el mismo. Las últimas sesiones de este módulo van integrando los temas de las fases anteriores. El psicólogo examina, junto a el/la niño, cómo los pensamientos afectan las actividades en las que participa, el apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucra.” (p.16)

Finalmente se consideran todos los temas y se realiza una evaluación de lo que aconteció en cada experiencia.

Asimismo se han encontrado trabajos bajo un esquema de tratamiento multimodal de niños (as) y adolescentes con depresión como lo proponen Ulloa, de la Peña-Olvera y Nogales (2011) donde:

Durante la etapa del diagnóstico y el inicio del tratamiento debe tomarse en cuenta que la familia, los compañeros y el entorno influyen de manera importante sobre la gravedad y la frecuencia de los episodios depresivos. ...El tratamiento del TDM, como de otros padecimientos psiquiátricos de inicio en infancia y la adolescencia, debe ser integral y multimodal; la participación activa del niño, el adolescente y los familiares en la toma de decisiones para la implementación del tratamiento es fundamental para lograr un buen apego. (p.404)

Es decir, el enfoque se basa en tratamiento farmacológico, considerando que los estudios han brindado resultados favorables en estos casos, el tratamiento psicosocial al cual refieren como el psicoeducativo ya que todos los pacientes deben comenzar con un proceso de psicoeducación.

Ésta se ha definido como el conjunto de medidas dirigidas a que el paciente y sus familiares comprendan las causas y características de la enfermedad, conozcan las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos y aprendan estrategias de afrontamiento ante los síntomas. (p. 405)

Por lo que se puede apoyar de folletos, material audiovisual, el proceso terapéutico, el trabajo con padres, madres y profesores identificando ciertos aspectos como: “habilidades académicas y sociales, reforzar sus conductas positivas, corregirlos en privado sin avergonzarlos y cumplir en forma adecuada con las sanciones establecidas para conductas inapropiadas o de riesgo.” (p.405)

La psicoterapia se ha relacionado con la modificación de síntomas, aumentar los procesos de autonomía, incrementar el goce de actividades o controlar conductas de riesgo, por lo que se trabaja desde la terapia cognitivo conductual.

En relación al trabajo con MI, González, Ampudia y Guevara (2012) en el programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados, diseñaron un

manual de entrenamiento basado en el marco conceptual cognitivo conductual con historietas y ejercicios para identificar situaciones sociales en niños, el trabajo con habilidades sociales y solución de problemas.

La Escala de depresión, en su índice de total depresivo, indicó que los participantes se encontraron dentro de rangos normales; pero el índice total positivo estuvo en el límite para considerarse en riesgo de depresión clínica. El puntaje arrojado por la prueba de autoestima fue inferior a lo normal, que correspondió a un patrón caracterizado por concepciones negativas sobre sí mismos. (pp. 47-48)

Por lo que consideran que implementar un programa que involucre las habilidades sociales en niños institucionalizados tiene un gran impacto en relación a su comportamiento y expresión de sentimientos.

Como hemos observado, existen diversas propuestas de programas de intervención, dado que se ha realizado un extenso trabajo de prevención e intervención frente a la problemática de maltrato y depresión Infantil los cuales evalúan, diagnostican y atienden a estas poblaciones. Claramente las técnicas y métodos derivan de programas que tienen metodologías diversas y acompañan a un marco referencial. Aunado a que estas problemáticas involucran una complejidad para las intervenciones de los profesionales de la salud por las características anteriormente descritas.

Dado que el diseño del proyecto de intervención involucró niños (as) que padecen MI. Es importante destacar que la intervención con niños (as) maltratados ya que requiere brindar a las familias, instituciones y a los niños (as) la posibilidad de brindar recursos y apoyos. El proceso para Arrubarrena, de Paúl y Torres (1996) consta de una serie de fases:

- 1.- Detección y Notificación
2. Investigación
3. Evaluación
4. Toma de decisión y planificación de la intervención

5. Intervención

6. Seguimiento

7. Cierre del caso (p. 283)

Hernández (2005) menciona que existen dos modelos predominantes para el trabajo con MI basados en dos modelos (el normativo y el de competencia) ,sin embargo, es puntual al decir que en su mayoría los modelos de intervención dentro de un marco de protección van “dependiendo de la perspectiva que se adopte, como la defensa y protección individual del niño frente a las agresiones externas (normalmente las que proceden se sus padres), o bien, como la capacitación de los adultos para que pueda asumir el cuidado de sus hijos”(p. 113). Es decir, en estos casos lo que se ha trabajado únicamente abarcan algunos de los actores involucrados ya que apoyan sólo algunas de las esferas, y no de manera conjunta como el modelo ecológico nos propone y como el MI y la DI requiere al ser multifactorial y con diversos matices a considerar.

CAPÍTULO III ASPECTOS METODOLÓGICOS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el problema de la violencia y el MI en la sociedad se ha ido incrementando en todos los ámbitos: la escuela, familia, las instituciones y son los niños, niñas, las mujeres y adultos mayores una de las poblaciones vulnerables afectadas. Por lo que, los niños y niñas, en muchas ocasiones, se convierten en víctimas de MI. Asimismo, México, es un país con un alto índice de Violencia y MI sobre países desarrollados (SSA, 2006), sin tomar en cuenta los probables casos que no son denunciados, detectados, ni identificados.

Aunado a ello, se han realizado pocas investigaciones en el contexto mexicano respecto a la relación entre la DI y MI como aspectos relevantes en el trabajo con las familias.

Como hemos observado algunas investigaciones demuestran el impacto a largo plazo que tiene en la vida social y personal de estos niños y niñas que padecen MI y DI, tanto en la forma de relacionarse en todas las esferas de su vida (escuela, pareja, en su familia) asimismo en conductas delictivas futuras siguiendo un patrón de violencia generacional. Por tanto, es necesario explorar esta relación ya que según Ampudia, *et.al.*, (2009) “Es conveniente enfatizar que, cuando se diagnostica maltrato en un niño, se está dando a la familia la oportunidad de cambiar su funcionamiento” (p.5). Y por supuesto al tratar oportunamente a un niño (a) maltratado, se interrumpe la transmisión de la violencia de una generación a otra.

Consecuentemente, la pertinencia de este estudio no sólo involucra conocer e identificar casos con Indicadores de Depresión Infantil, pudiendo detectar en ambos grupos (niños y niñas en situación de Casa hogar y primaria) sino poder realizar un proyecto de intervención basada en las características específicas de estas poblaciones.

Una cuestión importante de mencionar es que se ha encontrado que los padres, madres y tutores son los que agreden más a los niños y niñas, por lo que es importante trabajar directamente con estas poblaciones en su ambiente para hacer propuestas objetivas que respondan a sus necesidades y dificultades de los niños y niñas.

Con respecto al diagnóstico, el papel del profesional que interviene con estas poblaciones debe tomar en cuenta, como lo refieren Ampudia *et.al.*, (2009)

La detección del maltrato psicológico es muy subjetiva, porque depende de lo que cada adulto, profesional o incluso el mismo infante consideren como ofensivo, perjudicial o dañino; lo cual hace esta labor más compleja ya que comprobar la negligencia, el abandono o el daño emocional lleva además a que cada quien se confronte con su propio desarrollo y con sus propios comportamientos. (p.30)

Por lo que nuestro papel como profesionales que intervienen debe hacer un exhaustivo análisis de las diversas consideraciones teóricas, de la complejidad de la DI y el MI y la reflexión constante del proceso de intervención en compañía de las personas con las que participa.

El MI es un tema complejo que requiere de variadas consideraciones para su estudio pero que tiene una relevancia e importancia de investigación, porque afecta de diversas maneras la salud mental de los niños y niñas que la padecen, tanto de manera individual, en el área emocional, cognitiva, en rendimiento escolar y en la autoestima, además de su desarrollo social. Existen estudios realizados con niños, niñas, adolescentes y adultos que mencionan haber padecido MI y que al estar expuestos de manera persistente presentaron dificultades en su conducta, agresividad, conductas hostiles, dificultad en sus habilidades sociales, dificultades en su rendimiento académico. Lo cual repercute de manera directa en el futuro de muchos de estos niños y niñas que lo padecen, además de que incide en la mortalidad y morbilidad infantil (Ampudia, Jiménez y Sarabia, 2009).

A pesar de que existen diversas investigaciones del tema, es importante destacar que todavía hace falta mucho trabajo para atender esta problemática y poder ofrecer una atención integral tanto de los profesionales involucrados, las familias y la población directamente afectada.

Como se ha observado, es común que existan dificultades con respecto al diagnóstico de la DI, en relación a su definición, sintomatología, perspectivas teóricas, el desarrollo evolutivo y variables que pueden intervenir en el diagnóstico. Existen diferentes instrumentos de evaluación, inventarios, observaciones, escalas, sin embargo, en este proyecto de investigación abordo diferentes investigaciones sobre el maltrato y depresión infantil, para mostrar en primera instancia la identificación de la DI en niños y niñas institucionalizados y en una primaria por medio del Inventario de Depresión en CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011).

En un primer momento, se trabajó directamente con los niños y niñas de la primaria y la Casa hogar mediante la observación, la aplicación del instrumento y finalmente, a partir de los datos obtenidos de los instrumentos Inventario de Depresión en CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011), el diseño de un programa de intervención psicológico desde la perspectiva ecológica.

Por tanto, el interés de esta investigación es, identificar en niños y niñas de edad escolar DI relacionada con una situación de maltrato (Casa hogar) y no maltrato (primaria) de Cuernavaca, Morelos. La pregunta de investigación plantea:

¿De qué manera se pueden reducir los efectos del maltrato infantil y la depresión en niños y niñas de 6 y 12 años?

Objetivo general

Diseñar un programa de intervención psicológico desde una perspectiva ecológica para padres, madres, niños y niñas entre 6 y 12 años que coadyuve a la reducción y los efectos del maltrato y la depresión.

Objetivos específicos

1. Diagnosticar la presencia de MI y DI en niños y niñas que se encuentran en dos escenarios (escuela primaria Fundación Don Bosco y casa hogar). Por medio del Inventario de Depresión en CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011).
2. Determinar las áreas predominantes en MI en niños y niñas entre 6 y 12 años.
3. Determinar los indicadores de DI en niños y niñas entre 6 y 12 años.
4. Determinar las actividades y dinámicas que se diseñarán en el programa de intervención psicológico desde la perspectiva ecológica [para padres, madres, cuidadores y niños (as)].

MÉTODO

En un primer momento, se trabajó directamente con los niños y niñas de la primaria y la Casa hogar mediante la observación, la aplicación del instrumento y finalmente, a partir de los datos obtenidos de los instrumentos Inventario de Depresión en CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011), el diseño de un programa de intervención psicológico desde la perspectiva ecológica.

TIPO DE ESTUDIO Y DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO

Es un estudio exploratorio, descriptivo, de tipo transversal en donde se contrastan las variables de maltrato y depresión en niños y niñas entre 6 y 12 años en dos grupos (escuela primaria Fundación Don Bosco y casa hogar). Realizando un programa de intervención psicológico desde la perspectiva ecológica.

Participantes

Criterios de inclusión

En este estudio se tomaron dos grupos de comparación, una muestra estuvo conformada por 30 niños (as) de edad escolar de 6 a 12 años de una primaria para identificar en esta población indicadores de DI, sin distinción de su grado escolar cursado, ni género. El segundo grupo se integró por 30 menores de 6 a 12 años de una casa hogar, para identificar en esta población indicadores de DI, sin distinción de su grado escolar cursado, ni género. Se aplicó de manera

voluntaria el Inventario de Depresión en CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011).

Criterios de exclusión

El criterio de exclusión para poder participar es que los niños (as) no presentarán diagnóstico de cualquier tipo de daño cerebral o necesidad educativa especial, dadas las necesidades que requeriría esta población en esta investigación y propuesta.

Instrumentos

Inventario de Depresión CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011)

El CDI es una alternativa para evaluar e identificar la vulnerabilidad de los niños (as), además de observar las dificultades que pudieran presentar. Proporciona una panorámica de la percepción de los niños (as) indicando el estado global de la salud mental y tiene la característica que es autoaplicable.

El CDI (Children's Depression Inventory) fue desarrollado por Kovacs (2002). Este inventario se creó con para ser aplicado a niños, niñas y adolescentes en edad escolar. Consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva: estado de ánimo deprimido (sensación de tristeza, llanto, ideas pesimistas, sentimientos de culpa, de preocupación, dificultad para la toma de decisiones),

problemas interpersonales (sentimientos de inferioridad, aislamiento, sumisión, irritación e intolerancia hacia los demás, dificultad en las relaciones interpersonales), anhedonia (alteraciones de sueño, sensación de cansancio, alteraciones del apetito, preocupación por las enfermedades) y autoevaluación negativa. A continuación se presentan los ítems:

A) Estado de ánimo negativos: Sensación de tristeza y llanto, ideas pesimistas, sentimientos de culpa, de preocupación, dificultad para la toma de decisiones.

B) Problemas interpersonales: Sentimientos de inferioridad, aislamiento, sumisión, irritación e intolerancia hacia los demás, dificultades en las relaciones interpersonales.

C) Inefectividad: Sensación de incompetencia, dificultad para iniciar y realizar tareas, problemas de aprendizaje.

D) Anhedonia: Alteraciones del sueño, sensación de cansancio, alteraciones del apetito, preocupación por las enfermedades.

E) Autoevaluación negativa.

Asimismo el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011) da indicadores sobre la situación global del niño (a) dentro de cuatro áreas: social, familiar, escolar y psicológica/comportamental. Tiene tres niveles de respuesta: Siempre me pasa así; Algunas veces me pasa así y Nunca me pasa así. Cuenta con 40 ítems y pertenece al Proyecto de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT (No. IN302706-2) “Factores de riesgo para la salud mental y psicopatología del maltrato infantil”, el cual ha sido usado en diversos estudios para determinar factores de riesgo en menores maltratados y no maltratados.

Procedimiento

Este proyecto de investigación se condujo por principios éticos, tomando en cuenta la confidencialidad de los datos obtenidos para salvaguardar las bases de datos en programas protegidos por claves. Respetando la participación por medio de un consentimiento informado por parte de los padres, madres y tutores de familia y las autoridades escolares que decidieron colaborar en este proyecto y autorizaron su participación. Dado que México es un país con altos índices de violencia e inseguridad se realizaron las actividades en horarios escolares y en fechas que se acordaron y gestionaron en la escuela primaria y Casa Hogar. Se tomó en cuenta las consideraciones que se tienen en la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* y *El Código ético del Psicólogo* para poder garantizar la confidencialidad, protección y anonimato de los participantes. El proyecto de investigación en cuanto la búsqueda y contacto con las personas involucradas en este proyecto tomó en cuenta los horarios hábiles para poder estar en las instituciones, además de fomentar confianza; rapport y encuadre efectivos para poder lograr confianza en los niños, niñas, padres, madres, tutores y profesores y poder concientizarlos sobre la importancia de su participación, ya que apoyará no sólo planes y trabajos para sus familias, sino que brinda propuestas de trabajo para niños y niñas con estas características.

Se realizó un análisis e investigación teórico de algunas conceptualizaciones del MI y la DI como parte de mi formación en la Maestría en Psicología en el área de Psicoterapia. Además de contar con la colaboración de la Dra. Amada Ampudia Rueda dentro de su proyecto de Investigación “Modelo de Atención para la Prevención, Evaluación y Tratamiento de Maltrato Infantil PAPIIT IN 307309-2” en la Facultad de Psicología de la División de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se realizó la gestión en una escuela primaria “Fundación Don Bosco”, y se notificó a las autoridades correspondientes que se aplicaría los instrumentos mencionados. Además de comentar que se diseñaría un programa de intervención para estas poblaciones. Se realizaron trámites administrativos para poder acceder a la Casa Hogar en Cuernavaca “Al Abrigo de Dios” A.C. con niños y niñas con MI en cualquiera de sus tipos de maltrato y poder tener el consentimiento informado de la participación de la institución. Al realizar la gestión se notificó a las autoridades correspondientes que se aplicó el instrumento basado en un consentimiento informado: CDI de Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011).

Previa la aplicación se solicitó datos de la población como: número de grupos que tiene la escuela, número total de alumnos por salón, grado escolar al que pertenecen y características generales de la escuela primaria. Se eligió una muestra de 30 niños y niñas de 6-12 años de los 400 estudiantes que integra la escuela.

Se envió a los padres, madres y tutores el consentimiento informado en coordinación con la institución el cual debían de firmar previamente para participar.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se identificaron los indicadores de DI y MI en niños (as) maltratados y no maltratados por medio del análisis del Inventario de Depresión Infantil CDI, Kovacs (2002) y del Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011). Realizándose un análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos, así como una comparación entre niños y niñas maltratados y no maltratados.

Para describir las características de la muestra se llevó a cabo un análisis mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas obtenidos de los expedientes a través del Cuestionario Sociodemográfico (CSD), que son: género, edad, escolaridad, número de hermanos, lugar que ocupa el menor entre ellos y las personas con las que vivía el menor antes de ser ingresado en la Casa hogar Temporal “Al Abrigo de Dios A.C.” y de la escuela primaria Don Bosco

En el segundo análisis se obtuvieron de la misma forma a través de la estadística descriptiva mediante la distribución de frecuencias y porcentajes de cada uno de los reactivos del Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011) y del Inventario de Depresión Infantil CDI, Kovacs (2002), en niños y niñas de edad escolar.

Finalmente se utilizó la estadística inferencial, no paramétrica mediante la prueba U de Mann-Whitney con el propósito de obtener diferencias entre los niños y las niñas del Casa hogar “Al abrigo de Dios” y los niños y niñas escolarizados de la Fundación Don Bosco.

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En el primer análisis las variables sociodemográficas que se incluyeron fueron: género, edad, escolaridad, número de hermanos, lugar que ocupa el menor entre ellos y las personas con las que vivía el menor antes de ser ingresado a la casa Hogar “Al Abrigo de Dios A.C.” y de la escuela primaria Don Bosco. Los datos se distribuyeron de la siguiente forma.

TABLA 1. *Distribución de Frecuencias y Porcentajes de la Variable Edad*

	Escuela Primaria		Casa Hogar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
6 años	2	6.7	2	6.7
7 años	4	13.3	4	13.3
8 años	5	16.7	5	16.7
9 años	6	20	6	20
10 años	4	13.3	4	13.3
11 años	5	16.7	5	16.7
12 años	4	13.3	4	13.3
Total	30	100	30	100
	(X=9.23; D.E.=1.832)		(X=9.23; D.E.=1.832)	

En relación a la variable edad, se puede observar en la **Tabla 1**, que en los menores tanto de escuela primaria y en la Casa hogar presentan una media de 9.23 con una D.E. de 1.8, encontrando que el nivel de edad que tiene mayor puntaje es de 9 años con un porcentaje de 20% seguido de los menores de 8 y 11 años con un porcentaje de 16.7% posteriormente se encuentran las edades

de 7, 10 y 12 años de edad con un porcentaje de 13.3% finalmente los menores de 6 años con menor porcentaje de 6.7% respectivamente.

TABLA 2. *Distribución de Frecuencias y Porcentajes de la Variable Sexo*

C	Escuela Primaria		Casa hogar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Niños	13	43.3	13	43.3
Niñas	17	56.7	17	56.7
Total	30	100	30	100

En esta investigación, con respecto a la variable sexo en la **Tabla 2**, se tomaron los resultados de 30 menores de la Escuela primaria y 30 menores de la Casa hogar, los datos se distribuyeron de la siguiente forma, en un porcentaje de 43.3% de niños de ambos grupos y de niñas de 56.7%.

TABLA 3. *Distribución de Frecuencias y Porcentajes de la Variable Grado Escolar*

	Escuela Primaria		Casa hogar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No escolarizado	0	0	3	10
Primer Grado	3	10	7	23.3
Segundo Grado	4	13.3	3	10
Tercer Grado	4	13.3	3	10
Cuarto Grado	6	20	4	13.3
Quinto Grado	7	23.3	5	16.7
Sexto Grado	6	20	5	16.7
Total	30	100	30	100

En la **Tabla 3**, de variable grado escolar, se observa que los menores se encuentran en edad escolar, sin embargo tres de los menores de la Casa hogar no asisten a la escuela.

En los niños y niñas de la Escuela Primaria se encuentran en quinto grado de primaria con un 23.3%, seguido de los menores de los menores que cursan el cuarto y sexto grado escolar con un 20%, después se encuentran el segundo y tercer grado con 13.3% finalizando con un 10% en el caso de los menores del primer grado que participaron en la investigación.

Mientras tanto, en la muestra de Casa hogar, el 23.3% se localiza en menores que cursan el primer grado escolar, seguido de quinto y sexto grado con un 16.7%, continuando con los menores de cuarto grado con un 13.3% finalizando con los menores de no escolarizados, de segundo y tercer grado obteniendo un porcentaje de 10%.

TABLA 4. *Distribución de Frecuencias y Porcentajes de la Variable ¿Cuántos hermanos tienes?*

	Escuela Primaria		Casa hogar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ningún hermano	5	16.7	4	13.3
1 hermano	16	53.3	6	20
2 hermanos	7	23.3	11	36.7
3 hermanos	0	0	3	10
4 hermanos	2	6.7	4	13.3
5 hermanos	0	0	1	3.3

6 hermanos	0	0	1	3.3
Total	30	100	30	100

En cuanto al número de hermanos se encontró en la **Tabla 4**, que la mayoría de los niños y niñas de la muestra de Escuela Primaria tienen un hermano con un porcentaje de 53.3%, continúa los menores que tienen dos hermanos con un 23.3%, posteriormente los menores que son hijos únicos con un 16.7%, continuando con los que tienen cuatro hermanos obteniendo 6.7%.

En el caso del grupo de Casa hogar la mayoría de los niños y niñas presenta dos hermanos con un porcentaje de 36.7%, seguido de los que tienen un hermano con 20%, posteriormente los menores con ningún hermano y cuatro hermanos con 13.3%, tres hermanos con un 10% y finalmente los menores con cinco y seis hermanos con 3.3% respectivamente.

TABLA 5. *Distribución de Frecuencias y Porcentajes de la Variable ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?*

	Escuela Primaria		Casa hogar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primer lugar	11	36.7	9	30
Segundo Lugar	9	30	9	30
Tercer lugar	2	6.7	8	26.7
Cuarto lugar	1	3.3	1	3.3
No contesto	7	23.3	3	10
Total	30	100	30	100

En la **Tabla 5**, puede contemplarse los datos obtenidos en cuanto al lugar que tienen el menor dentro de la familia, con respecto al grupo de Escuela Primaria el mayor porcentaje lo ocupa el primer lugar con un 36.7%, consecutivamente con el 30% los que se encuentran en segundo lugar entre sus hermanos, con un 23.3% los menores que no contestaron este apartado, el 6.7% los que ocupan el tercer lugar en sus familias, y finalmente el 3.3% a los menores que ocupan el cuarto lugar.

Con respecto a los menores del grupo Casa hogar se observa que presentan el mismo porcentaje de 30% que ocupan el primer y segundo lugar entre sus hermanos, mientras el tercer lugar tiene un 26.7%, seguidas de un 10% que no contestaron y finalmente los menores que ocupan el cuarto lugar con un 3.3%.

TABLA 6. *Distribución de Frecuencias y Porcentajes de la Variable Vives con...*

	Escuela Primaria		Casa hogar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Solamente con mamá	6	20	5	16.6
Solamente con papá	1	3.3	1	3.3
Con ambos	21	70	15	50
Vivo en Casa Hogar	0	0	7	23.3
No contesto	2	6.6	2	6.6
Total	30	100	30	100

Con respecto a la **Tabla 6**, se puede observar en la variable sobre con qué persona viven los menores, se encuentra que en los grupos tanto de escuela primaria como en la Casa hogar contestaron respectivamente lo siguiente.

Los niños y niñas de la escuela primaria mayoritariamente viven con ambos padres al obtener 70%, seguido de un 20% solamente con su madre, posteriormente con un 6.6% que no contestaron, y finalmente con el padre con un 3.3%.

Mientras tanto en el caso de los menores de la Casa hogar principalmente contestaron que vivían con ambos con un 50%, siguiendo a los menores que contestaron vivir en una Casa Hogar con un 23.3%, con un menor porcentaje de 16.6% los que viven solamente con la madre, 6.6% de menores que no contestaron y finalmente están los que vivían solamente con el padre con 3.3%. Es importante señalar que los niños y las niñas se encuentran en custodia de la Casa hogar por problemas de agresión y violencia de un adulto, sin embargo se les pregunta con quien Vivian antes de ingresar a la Casa hogar, y únicamente un 23.3% son menores que ya fueron remitidos a una casa hogar para su estancia definitiva y no serán regresados a sus hogares.

4.2. Estadística descriptiva de los indicadores de Maltrato infantil del formato experimental de comportamiento para niños (Ampudia, 2011)

El segundo análisis de ésta investigación, consistió en obtener las frecuencias y los porcentajes de los 40 reactivos del Formato Experimental de Comportamiento para Niños de Ampudia, (2007) agrupados en las cuatro áreas (área familiar, área psicológica/comportamental, área social y área escolar). A continuación se describen cada uno de ellas:

Tabla 7. Indicadores del Área Familiar del Formato Experimental de Comportamiento para Niños. Ampudia, (2011)

Reactivo	Niños Maltratados						Niños Escuela Don Bosco					
	Siempre		Algunas veces		Nunca		Siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Mi mamá me da de desayunar todos los días.	4	13.3	7	23.3	19	63.3	23	76.7	4	13.3	2	6.7
10. Mis papás me amenazan	20	66.7	5	16.7	5	16.7	2	6.7	2	6.7	25	83.3
17. Cuando se van mis papás me pongo triste	18	60	8	26.7	4	13.3	7	23.3	12	40	11	36.7
19. Juego con mis papás	7	23.3	8	26.7	15	50	15	50	11	36.7	4	13.3
20. Mis papás me castigan	16	53.3	9	30	5	16.7	4	13.3	20	66.7	6	20
22. Mis papás me empujan	23	76.7	5	16.7	2	6.7	0	0	5	16.7	25	83.3
24. Mis papás me gritan	14	46.7	13	43.3	3	10	4	13.3	11	36.7	15	50
25. Platico con mis papás	6	20	8	26.7	16	53.3	16	53.3	12	40	2	6.7

La **Tabla 7** incluye los reactivos correspondientes al área familiar del Formato Experimental de Comportamiento Para Niños (Ampudia, 2007). Puede apreciarse que en el reactivo de mayor porcentaje del grupo de niños y niñas Maltratados con la contestación Nunca: *Mi mamá no me da de desayunar* con 63.3%, seguido del reactivo *Platico con mis papás* con un 53.3%, *Juego con mis papás* con 50%, seguido de los reactivos *Mis papás me amenazan* y *Mis papás me castigan* con un 16.7%, *Cuando se van mis papás me pongo triste* con 13.3%, *Mis papás me gritan* con 10% y finalmente *Mis papás me empujan* con 6.7%. Los reactivos contestados con *algunas veces*

del grupo de niños y niñas maltratados con mayor incidencia son: *Mis papás me gritan* con 43.3%, *Mis papás me castigan* con 30%, seguido de tres reactivos, *Cuando se van mis papás me pongo triste*, *Platico con mis papás* y *Juego con mis papás* con un 26.7%, *Mi mamá me da de desayunar* con 23.3%, y finalmente *Mis papás me amenazan* y *Mis papás me empujan*, ambos con 16.7%. En los reactivos respondidos como *siempre* se encuentran con mayor incidencia, *Mis papás me empujan* con 76.7%, seguido de *Mis papás me amenazan* con 66.7%, *Cuando se van mis papás me pongo triste* con 60%, *Mis papás me castigan* con 53.3%, *Mis papás me gritan* con 46.7%, *Juego con mis papás* con 23.3%, *Platico con mis papás* con 20% y respectivamente *Mi mamá me da de desayunar* con 13.3%.

En el grupo de niños y niñas que se encuentran en la escuela primaria Don Bosco correspondiente al área familiar del Formato Experimental de Comportamiento para Niños (Ampudia, 2007), el mayor porcentaje con la contestación *Nunca* corresponde a dos reactivos, *Mis papás me amenazan* y *Mis papás me empujan* con 83.3%, seguido de *Mis papás me gritan* con 50%, *Cuando se van mis papás* con 36.7%, *Mis papás me castigan* con 20%, *Juego con mis papás* con 13.3% y por último *Mi mamá me da de desayunar todos los días* y *Platico con mis papás*, ambos con 6.7%.

Con respecto a la respuesta *Algunas veces*, el mayor porcentaje en este grupo se encontró en el reactivo *Mis papás me castigan* con 66.7%, *Cuando se van mis papás me pongo triste* y *Platico con mis papás* con 40%, *Mis papás me gritan* y *Juego con mis papás* con 36.7%, *Mis papás me empujan* con 16.7%, *Mi mamá me da de desayunar* con 13.3% y finalmente *Mis papás me amenazan* con un porcentaje de 6.7%. En los reactivos con el apartado de *Siempre* se encuentra con mayor porcentaje en este grupo *Mi mamá me da de desayunar todos los días* con 76.7%,

Platico con mis papás con 53.3%, Juego con mis papás con 50%, Cuando se van mis papás con 23.3%, Mis papás me castigan y Mis papás me gritan con 13.3%, Mis papás me amenazan con 6.7% y Mis papás me empujan con 0%.

Tabla 8. Indicadores del Área Psicológica/Comportamental del Formato Experimental de Comportamiento Para Niños. Ampudia, (2011)

Reactivo	Niños Maltratados						Niños Escuela Don Bosco					
	Siempre		Algunas veces		Nunca		Siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2.Me cuesta trabajo reír	16	53.3	4	13.3	10	33.3	17	56.7	12	40	1	3.3
4.Me molesta que me abracen	4	13.3	11	36.7	15	50	16	53.3	13	43.3	1	3.3
6.Muchas cosas me dan pena	5	16.7	8	26.7	17	56.7	6	20	19	63.3	4	3
7.Me siento cansado	6	20	8	26.7	16	53.3	5	16.7	16	53.3	9	30
8.Muchas cosas me dan miedo	6	20	11	36.7	13	43.3	8	26.7	18	60	4	3
9.Digo Mentiras	1	3.3	8	26.7	21	70	13	43.3	17	56.7	0	0
11.Soy desobediente	5	16.7	5	16.7	20	66.7	25	83.3	2	6.7	2	6.7
14.Me porto mal	4	13.3	9	30	17	56.7	11	36.7	16	53.3	3	10
15.Me enfermo	6	20	10	33.3	13	43.3	16	53.3	13	43.3	1	3.3
18.Tengo pesadillas	5	16.7	8	26.7	17	56.7	16	53.3	10	33.3	4	3
21.Me pongo triste	4	13.3	9	30	17	56.7	16	53.3	12	40	1	3.3
23.Me cuesta trabajo dormir	5	16.7	7	23.3	18	60	5	16.7	20	66.7	5	7
26.Agarro las cosas que no son mías	2	6.7	13	43.3	15	50	16	53.3	11	36.7	3	10
28.Como mucho	4	13.3	8	26.7	18	60	11	36.7	12	40	7	3
31.Nada me interesa	5	16.7	12	40	13	43.3	10	33.3	15	50	5	7
32.Jugar es aburrido	15	50	8	26.7	7	23.3	4	13.3	11	36.7	15	50
33.Me chupo el dedo	5	16.7	9	30	16	53.3	6	20	20	66.7	4	3
34.Lloro todo el tiempo	4	13.3	4	13.3	22	73.3	10	33.3	18	60	2	6.7
37.Otros niños son más felices que yo	2	6.7	5	16.7	23	76.7	25	83.3	5	16.7	0	0
38.Cuando me enojo rompo las cosas	7	23.3	9	30	14	46.7	12	40	16	53.3	2	6.7
39.Me castigan sin razón	3	10	13	43.3	14	46.7	15	50	11	36.7	4	3

En la **Tabla 8** se incluye los reactivos correspondientes al área Psicológica/Comportamental del Formato Experimental de Comportamiento Para Niños (Ampudia, 2011) en el grupo de *niños maltratados* el mayor porcentaje de *Nunca*, se encuentra en el reactivo *Otros niños son más felices que yo* con 76.7%, *Lloro todo el tiempo* con 73.3%, *Digo mentiras* con 70%, *Soy desobediente* con 66.7%, *Me cuesta trabajo dormir* y *Como mucho* con 60%, *Muchas cosas me dan pena*, *Me porto mal*, *Tengo pesadillas*, y *Me pongo triste* obtuvieron el porcentaje de 56.7%, seguido de *Me chupo el dedo* y *Me siento cansado* con 53.3%, *Me molesta que me abracen* y *Agarro las cosas que no son mías* con 50%, *Cuando me enojo rompo cosas* y *Me castigan sin razón* con 46.7%, *Nada me interesa*, *Muchas cosas me dan miedo* y *Me enfermo* con 43.3%, seguido de, *Me cuesta trabajo reír* con 33.3% y finalmente *Jugar es aburrido* con 23.3%. En este mismo grupo con respecto a la respuesta *Algunas veces* el mayor porcentaje se encuentra en los reactivos *Me castigan sin razón* y *Agarro las cosas que no son mías* con 43.3%, seguido de, *Nada me interesa* con 40%, *Me molesta que me abracen* y *Muchas cosas me dan miedo* con 36.7%, *Me enfermo* con 33.3%, *Me porto mal*, *Cuando me enojo rompo las cosas* y *Me pongo triste* con 30%, *Muchas cosas me dan pena*, *Me siento cansado*, *Digo mentiras*, *Tengo pesadillas*, *Como Mucho* y *Jugar es aburrido* tuvieron el porcentaje respectivo de 26.7%, seguido de, *Me cuesta trabajo dormir* con 23.3%, *Soy desobediente* y *Otros niños son más felices que yo* con 16.7% y por último *Me cuesta trabajo reír* y *Lloro todo el tiempo* 13.3%.

Con respecto a la respuesta de *Siempre* el grupo de niños Maltratados tuvo el porcentaje mayor correspondiente a, *Me cuesta trabajo reír* con 53.3%, *Jugar es aburrido* con 50%, *Cuando me*

enojo rompo cosas con 23.3%, *Me siento cansado*, *Me enfermo* y *Muchas cosas me dan miedo* con 20%, *Soy desobediente*, *Muchas cosas me dan pena*, *Tengo pesadillas*, *Me cuesta trabajo dormir*, *Nada me interesa* y *Me chupo el dedo* con 16.7%, seguido de *Me molesta que me abracen*, *Me porto mal*, *Me pongo triste*, *Como mucho* y *Lloro todo el tiempo* con 13.3%, *Me castigan sin razón* con 10%, *Agarro las cosas que no son mías* y *Otros niños son más felices que yo* con 6.7%, finalmente *Digo mentiras* con 3.3%.

En el grupo de niños que se encuentran en la *Escuela Don Bosco* el mayor porcentaje de *Nunca* corresponde a *Jugar es aburrido* con 50%, *Me siento cansado* con 30%, *Como mucho* con 23.3%, *Me cuesta trabajo dormir* y *Nada me interesa* con 16.7%, *Muchas cosas me dan pena*, *Muchas cosas me dan miedo*, *Tengo pesadillas*, *Me chupo el dedo* y *Me castigan sin razón* obtuvieron el porcentaje de 13.3%, *Me porto mal* y *Agarro algunas cosas que no son mías* obtuvieron el 10%, *Soy desobediente*, *Lloro todo el tiempo* y *Cuando me enojo rompo las cosas* con 6.7%, *Me cuesta trabajo reír*, *Me molesta que me abracen*, *Me enfermo* y *Me pongo triste* con 3.3%, finalmente *Digo mentiras* y *Otros niños son más felices que yo*, obtuvieron 0%.

Con respecto a la respuesta *Algunas veces* los reactivos con mayor porcentaje fueron *Me cuesta trabajo dormir* y *Me chupo el dedo* con 66.7%, *Muchas cosas me dan pena* con 63.3%, *Muchas cosas me dan miedo* y *Lloro todo el tiempo* con 60%, *Digo mentiras* con 56.7%, *Me siento cansado*, *Me porto mal*, y *Cuando me enojo rompo las cosas* con un 53.3%, *Nada me interesa* con 50%, *Me molesta que me abracen* y *Me enfermo* con 43.3%, *Me cuesta trabajo reír*, *Como mucho* y *Me pongo triste* con 40%, *Me castigan sin razón*, *Jugar es aburrido* y *Agarro las cosas que no son mías* con 36.7%, *Tengo pesadillas* con 33.3%, *Otros niños son más felices que yo* con 16.7% y finalmente *Soy desobediente* con 6.7%.

Asimismo en la respuesta de *Siempre*, el mayor porcentaje en este grupo fue en los reactivos *Soy desobediente* y *Otros niños son más felices que yo* con 83.3%, seguido de *Me cuesta trabajo reír* con 56.7%, *Me molesta que me abracen*, *Me enfermo*, *Tengo pesadillas*, *Me pongo triste* y *Agarro las cosas que no son mías* con 53.3%, *Me castigan sin razón* con 50%, *Digo mentiras* con 43.3%, *Cuando me enojo rompo cosas* con 40%, *Me porto mal* y *Como mucho* con 36.7%, *Nada me interesa* y *Lloro todo el tiempo* con 33.3%, *Muchas cosas me dan miedo* con 26.7%, *Muchas cosas me dan pena* y *Me chupo el dedo* con 20%, *Me siento cansado* y *Me cuesta trabajo dormir* con 16.7% y finalmente *Jugar es aburrido* con 13.3%.

Tabla 9. Indicadores del Área Social del Formato Experimental de Comportamiento para Niños. Ampudia, (2011)

Reactivo	Niños Maltratados						Niños Escuela Don Bosco					
	Siempre		Algunas veces		Nunca		Siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
3. Tengo amigos	17	56.7	12	40	1	3.3	0	0	5	16.7	25	83.3
5. Le pego a otros niños	16	53.3	4	13.3	10	33.3	17	56.7	12	40	1	3.3
13. Me enojo con facilidad y peleo con otros niños	4	13.3	11	36.7	15	50	16	53.3	13	43.3	1	3.3
35. Me asustan los extraños	5	16.7	8	26.7	17	56.7	6	20	19	63.3	4	13.3
36. Peleo con mis amigos	6	20	8	26.7	16	53.3	5	16.7	16	53.3	9	30

Con respecto a los reactivos incluidos en la **tabla 9** que reflejan el área social del Formato Experimental de Comportamiento Para Niños (Ampudia, 2007), se muestra lo siguiente, en el grupo de Niños maltratados, con respecto a la frecuencia de *Nunca*, con un mayor porcentaje, *Me asustan los extraños* con 56.7%, seguido de *Peleo con mis amigos* con 53.3%, *Me enojo con facilidad* con 50%, *Le pego a otros niños* con 33.3% y finalmente *Tengo amigos* con 3.3%. En la frecuencia de *Algunas veces*, *Tengo amigos* obtuvo el 40%, *Me enojo con facilidad* con 36.7%, los reactivos *Me asustan los extraños* y *Peleo con mis amigos* obtuvieron el 26.7% y por último, *Le pego a otros niños* con 13.3%. En las respuestas de *Siempre*, el porcentaje mayor fue, *Tengo*

amigos con 56.7%, seguido de *Le pego a otros niños* con 53.3%, *Peleo con mis amigos* con 20%, *Me asustan los extraños* con 16.7% y finalmente, *Me enojo con facilidad y peleo con otros niños* con 13.3%.

En el grupo de niños de la escuela primaria Don Bosco el porcentaje del reactivo *Nunca, Tengo amigos* fue de 83.3%, seguido de, *Peleo con amigos* con 30%, *Me asustan los extraños* con 13.3% y finalmente *Le pego a otros niños* y *Me enojo con facilidad* con 3.3%. En el reactivo de *Algunas veces* el mayor porcentaje fue en *Me asustan los extraños* con 63.3%, seguido de *Peleo con mis amigos* con 53.3%, *Me enojo con facilidad y peleo con otros niños* con 43.3%, *Le pego a otros niños* con 40% y finalmente *Tengo amigos* con 16.7%. En relación al reactivo *Siempre, Le pego a otros niños* tuvo un porcentaje de 56.7%, seguido de *Me enojo con facilidad y peleo con otros niños* con 53.3%, *Me asustan los extraños* con 20%, *Peleo con mis amigos* con 16.7% y por último *Tengo amigos* con 0%.

Tabla 10. Indicadores del Área Escolar del Formato Experimental de Comportamiento para Niños. Ampudia, (2011)

Reactivo	Niños Maltratados						Niños Escuela Don Bosco					
	Siempre		Algunas veces		Nunca		Siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
12.Me cuesta trabajo poner atención	6	20	10	33.3	13	43.3	16	53.3	13	43.3	1	3.3
16.Voy mal en la escuela	5	16.7	8	26.7	17	56.7	16	53.3	10	33.3	4	13.3
27.Me cuesta trabajo hacer la tarea	4	13.3	9	30	17	56.7	16	53.3	12	40	1	3.3
29.Prefiero estar en la escuela que en mi casa	5	16.7	7	23.3	18	60	5	16.7	20	66.7	5	16.7
30.Me cuesta trabajo concentrarme	2	6.7	13	43.3	15	50	16	53.3	11	36.7	3	10
40.Me da flojera hacer la tarea	4	13.3	8	26.7	18	60	11	36.7	12	40	7	23.3

En lo que respecta a los reactivos comprendidos en el área escolar del Formato Experimental de Comportamiento Para Niños (Ampudia, 2007), puede observarse en la **Tabla 10** que en la frecuencia de *Nunca*, se obtuvo en los reactivos, *Prefiero estar en la escuela que en mi casa* y *Me da flojera hacer la tarea* el porcentaje de 60%, seguido de *Voy mal en la escuela* y *Me cuesta trabajo hacer la tarea* con 56.7%, *Me cuesta trabajo concentrarme* con 50% y finalmente *Me cuesta trabajo poner atención* con 43.3%. En la frecuencia de *Algunas veces*, el porcentaje mayor se encontró en el reactivo *Me cuesta trabajo concentrarme* con 43.3%, seguido de, *Me cuesta trabajo poner atención* con 33.3%, *Me cuesta trabajo hacer la tarea* con 30%, *Me da flojera hacer la tarea* y *Voy mal en la escuela* con 26.7% y por último en este apartado, *Prefiero estar en la escuela que en mi casa* con 23.3%. En el apartado de *Siempre*, el reactivo mayor fue *Me cuesta trabajo poner atención* con 20%, *Voy mal en la escuela* y *Prefiero estar en la escuela que en mi casa* con 16.7%, *Me cuesta trabajo hacer la tarea* y *Me da flojera hacer la tarea* con 13.3% respectivamente, y finalmente, *Me cuesta trabajo concentrarme* con 6.7%.

En el grupo de niños de la primaria Fundación Don Bosco en el apartado de *Nunca*, el mayor porcentaje lo obtuvo el reactivo, *Me da flojera hacer la tarea* con 23.3%, seguido de, *Prefiero estar en la escuela que en mi casa* con 16.7%, *Voy mal en la escuela* con 13.3%, *Me cuesta trabajo concentrarme* con 10% y los reactivos *Me cuesta trabajo poner atención* y *Me cuesta trabajo hacer la tarea* con 3.3%. En este grupo, con respecto a *Algunas veces*, el reactivo, *Prefiero estar en la escuela que en mi casa*, obtuvo el porcentaje de 66.7%, mientras, *Me cuesta trabajo poner atención*, obtuvo el 43.3%, seguido por, *Me cuesta trabajo hacer la tarea* y *Me da flojera hacer la tarea* con un 40%, *Me cuesta trabajo concentrarme* 36.7% y finalmente, *Voy mal en la escuela*

con 33.3%. Por tanto, en la frecuencia *Siempre*, los mayores porcentajes se obtuvieron en los reactivos de *Me cuesta trabajo poner atención*, *Voy mal en la escuela*, *Me cuesta Trabajo hacer la tarea* y *Me cuesta trabajo concentrarme* los cuales obtuvieron 53.3% respectivamente, en relación a *Me da flojera hacer la tarea* con 36.7%, y por último *Prefiero estar en la escuela que en mi casa* con 16.7%.

4.3. Estadística descriptiva del inventario de Depresión (CDI), Kovacs (2002)

El tercer análisis de ésta investigación, consistió en obtener las frecuencias y los porcentajes de los reactivos del Inventario de Depresión (CDI) de Kovacs (2002) agrupados en las dos áreas de acuerdo a los criterios establecidos por el autor para el instrumento: área de Disforia y área de Autoestima. A continuación se describen cada uno de ellas:

Tabla 11. Área: *Disforia del Cuestionario de Depresión (CDI)*

No. De reactivo	Opciones de respuesta	Niños Maltratados		Niños Escuela Don Bosco	
		F	%	F	%
R1	Estoy triste de vez en cuando.	26	86,7	21	70,0
	Estoy triste muchas veces.	1	3,3	8	26,7
	Estoy triste siempre.	3	10,0	1	3,3
R4	Me divierten muchas cosas	15	50,0	20	66,7
	Me divierten algunas cosas	14	46,7	9	30,0
	Nada me divierte	1	3,3	1	3,3
R5	Soy malo algunas veces	27	90,0	25	83,3
	Soy malo muchas veces	2	6,7	5	16,7
	Soy malo siempre	1	3,3		
R7	Me gusta como soy	22	73,3	25	83,3
	No me gusta como soy	6	20,0	4	13,3
	Me odio	2	6,7	1	3,3
R8	Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas	18	60,0	21	70,0
	Muchas cosas malas son culpa mía	8	26,7	4	13,3
	Todas las cosas malas son culpa mía	4	13,3	5	16,7
R9	No pienso en matarme	16	53,3	17	56,7
	Pienso en matarme pero no lo haría	12	40,0	11	36,7
	Quiero matarme	2	6,7	2	6,7
R10	Tengo ganas de llorar de vez en cuando	24	80,0	24	80,0
	Tengo ganas de llorar muchos días	1	3,3	2	6,7
	Tengo ganas de llorar todos los días	5	16,7	4	13,3
R12	Me gusta estar con la gente	19	63,3	22	73,3
	Muy a menudo no me gusta estar con la gente	9	30,0	3	10,0
	No quiero en absoluto estar con la gente	2	6,7	5	16,7
R16	Duermo muy bien	19	63,3	14	46,7
	Muchas veces me cuesta dormirme	8	26,7	3	10,0
	Todas las noches me cuesta dormirme	3	10,0	13	43,3
R17	Estoy cansado de vez en cuando	24	80,0	17	56,7
	Estoy cansado muchos días	4	13,3	6	20,0
	Estoy cansado siempre	2	6,7	7	23,3
R18	Como muy bien	21	70,0	21	70,0
	Muchos días no tengo ganas de comer	5	16,7	4	13,3
	La mayoría de los días no tengo ganas de comer	4	13,3	5	16,7
R20	Nunca me siento solo	14	46,7	16	53,3
	Me siento solo muchas veces	13	43,3	8	26,7
	Me siento solo siempre	3	10,0	6	20,0
R21	Me divierto en el colegio muchas veces	15	50,0	16	53,3
	Me divierto en el colegio solo de vez en cuando	12	40,0	8	26,7
	Nunca me divierto en la escuela	3	10,0	6	20,0
R22	Tengo muchos amigos	16	53,3	15	50,0
	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener mas	12	40,0	11	36,7
	No tengo amigos	2	6,7	4	13,3
R25	Estoy seguro de que alguien me quiere	21	70,0	17	56,7
	No estoy seguro de que alguien me quiera	7	23,3	10	33,3
	Nadie me quiere	2	6,7	2	6,7
R27	Me llevo bien con las personas	21	70,0	25	83,3
	Me peleo muchas veces	7	23,3	5	16,7
	Me peleo siempre	2	6,7		

En relación a la *Disforia*, que corresponde al Inventario de Depresión CDI Kovacs (2002) puede observarse en el grupo de niños maltratados correspondiente a la **Tabla 11** que en la frecuencia *Nunca*, se obtuvo en los reactivos *Soy malo algunas veces* con 90%, *Estoy triste de vez en cuando* con 86.7%, *Tengo ganas de llorar de vez en cuando* y *Estoy cansado de vez en cuando* con 80.0%, asimismo *Me gusta como soy* con 73.3%, *Me llevo bien con las personas*, *Estoy seguro que alguien me quiere* y *Como muy bien* con 70.0%, *Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas* con 60.0%, *Me gusta estar con la gente* y *Duermo muy bien* con 63.3%, *Me divierten muchas cosas* y *Me divierto en el colegio muchas veces* con 50.0%, *No pienso en matarme* y *Tengo muchos amigos* 53.3%, y finalmente *Nunca me siento solo* 46.7%.

Con respecto al grupo de niños maltratados en relación a la respuesta de *Algunas veces*, se obtuvieron los siguientes reactivos en relación *Me divierten algunas cosas* con un 46.7%, seguido de *Me siento solo muchas veces* con 43.3%, *Pienso en matarme pero no lo haría*, *Me divierto en el colegio solo de vez en cuando* y *Tengo algunos amigos*, pero me gustaría tener más con 40%, *Muy a menudo no me gusta estar con la gente* 30%, *Muchas veces me cuesta dormirme* y *Muchas cosas son culpa mía* con 26.7%, *Me peleo muchas veces* y *No estoy seguro que alguien me quiera* con 23.3%, *No me gusta como soy* con 20%, *Muchos días no tengo ganas de comer* 16.7%, *Estoy cansado muchos días* 13.3%, *Soy malo muchas veces* 6.7%, y finalmente *Estoy triste muchas veces* 3.3% y *Tengo ganas de llorar muchos días* 3.3%.

Asimismo en relación a las respuestas de *Siempre* del grupo de niños maltratados se encontró *Quiero matarme* con 60.7%, *Tengo ganas de llorar todos los días* 16.7%, *Todas las cosas malas con culpa mía* y *La mayoría de los días no tengo ganas de comer* con 13.3%, *Me siento solo siempre*, *Nunca me divierto en la escuela*, *Estoy triste siempre* y *Todas las noches me cuesta*

dormirme con 10%, No quiero en absoluto estar con la gente, Estoy cansado siempre, No tengo amigos, Nadie me quiere, Me odio, y Me peleo siempre obtuvieron una frecuencia de 6.7%, finalmente *Soy malo siempre y Nada me divierte con 3.3%*.

En relación al grupo de primaria *Fundación Don Bosco* de la **Tabla 11**, con respecto al Inventario de Depresión CDI Kovacs (2002) puede observarse en la respuesta de *Nunca, Me gusta como soy, Me llevo bien con las personas y Soy malo algunas veces* con 83.3%, seguido de *Tengo ganas de llorar de vez en cuando* con 80.0%, *Me gusta estar con la gente* con 73.3%, *Como muy bien, Estoy triste de vez en cuando y Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas* con 70.0%, *Me divierten muchas cosas* con 66.7%, *No pienso en matarme, Estoy cansado de vez en cuando y Estoy seguro que alguien me quiere* con 56.7%, *Nunca me siento solo y Me divierto en el colegio muchas veces* con 53.3%, *Tengo muchos amigos* con 50.0% y por último *Duermo muy bien* con 46.7%.

Asimismo en relación a las respuestas de *Algunas veces* en el grupo de primaria se encontró lo siguiente, *Pienso en matarme pero no lo haría con y Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más* con 36.7%, *No estoy seguro que alguien me quiera* con 33.3%, *Me divierten algunas cosas* con 30%, *Estoy triste muchas veces, Me siento solo muchas veces y Me divierto en el colegio solo de vez en cuando* con 26.7%, *Estoy cansado muchos días* con 20%, *Me peleo muchas veces y Soy malo muchas veces* con 16.7%, *Muchos días no tengo ganas de comer, Muchas cosas son culpa mía y No me gusta como soy* con 13.3%, *Muy a menudo no me gusta estar con la gente, Muchas veces me cuesta dormirme* con 10.0% y por último *Tengo ganas de llorar muchos días* con 6.7%.

En relación al apartado de *Disforia de Siempre*, del grupo de primaria Fundación Don Bosco, se encontró lo siguiente; *Todas las noches me cuesta dormirme* con 43.3%, *Estoy cansado siempre* 23.3%, *Me siento solo siempre* y *Nunca me divierto en la escuela* 20%, *No quiero en absoluto estar con la gente*, *La mayoría de los días no tengo ganas de comer* y *Todas las cosas malas son culpa mía* con 16.7%, seguido de *Tengo ganas de llorar todos los días* y *No tengo amigos* con 13.3%, *Quiero matarme* y *Nadie me quiere* con 6.7%, *Nada me divierte*, *Estoy triste siempre* y *Me odio* con 3.3%, finalmente *Me peleo siempre* y *Soy malo siempre* con 0%.

En relación al área de autoestima del Inventario de Depresión CDI Kovacs (2002) con respecto al grupo de niños maltratados de la Tabla 12 se observó lo siguiente; en relación al apartado de *Nunca, Hago bien la mayoría de las cosas* tuvo un 70.0%, *Las cosas me preocupan de vez en cuando* con un 53.3%, *Las cosas me saldrán bien* y *Soy tan bueno como otros niños* presentaron un 50,0%, *Me decido fácilmente* y *Mi trabajo en la escuela es bueno* con 63.3%, *Tengo buen aspecto* con 56.7% *No me cuesta ponerme hacer los deberes* 46.7%, *Generalmente hago lo que me dicen* con 43.3%, *No me preocupa el dolor y la enfermedad* con 40.0% y finalmente *A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas* con 26.7%.

Con respecto al apartado de *Algunas veces* en el grupo de niños maltratados se muestra los aspectos de *Muchas veces no hago lo que me dicen* con 56.7%, *Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños* 43.3%, *Me preocupa que me ocurran cosas malas* y *Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan* con 40.0%, *Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes* con 36.7%, *No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien* con 33,3%, *Las cosas me preocupan muchas veces* y *Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes* con 30.0%, *Hago mal muchas cosas* y *Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad* con 26.7% y por último *me cuesta decidirme* con 23.3%.

Tabla 12. Área: Autoestima del Cuestionario de Depresión (CDI)

No. De reactivo	Opciones de respuesta	Niños Maltratados		Niños Escuela Don Bosco	
		F	%	F	%
R2	Las cosas me saldrán bien.	15	50,0	18	60,0
	No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.	10	33,3	10	33,3
R3	Nunca me saldrá nada bien.	5	16,7	2	6,7
	Hago bien la mayoría de las cosas	21	70,0	24	80,0
	Hago mal muchas cosas	8	26,7	4	13,3
	Todo lo hago mal	1	3,3	2	6,7
R6	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas	8	26,7	11	36,7
	Me preocupa que me ocurran cosas malas	12	40,0	10	33,3
R11	Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles	10	33,3	8	26,7
	Las cosas me preocupan de vez en cuando	16	53,3	17	56,7
	Las cosas me preocupan muchas veces	9	30,0	4	13,3
R13	Las cosas me preocupan siempre	5	16,7	9	30,0
	Me decido fácilmente	19	63,3	14	46,7
R14	Me cuenta decidirme	7	23,3	6	20,0
	No puedo decidirme	4	13,3	10	33,3
R15	Tengo buen aspecto	17	56,7	25	83,3
	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan	12	40,0	4	13,3
	Soy feo o fea	1	3,3	1	3,3
R19	No me cuesta ponerme a hacer los deberes	14	46,7	14	46,7
	Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes	11	36,7	3	10,0
R23	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	5	16,7	13	43,3
	No me preocupa el dolor y la enfermedad	12	40,0	9	30,0
	Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad	8	26,7	8	26,7
R24	Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	10	33,3	13	43,3
	Mi trabajo en la escuela es bueno	19	63,3	20	66,7
R26	Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes	9	30,0	5	16,7
	Llevo muy malas calificaciones en materias donde antes iba bien	2	6,7	5	16,7
R24	Soy tan bueno como otros niños	15	50,0	15	50,0
	Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños	13	43,3	8	26,7
R26	Nunca podre ser tan bueno como otros niños	2	6,7	7	23,3
	Generalmente hago lo que me dicen	13	43,3	21	70,0
R26	Muchas veces no hago lo que me dicen	17	56,7	5	16,7
	Nunca hago lo que me dicen			3	10,0

En relación al área de autoestima del Inventario de Depresión CDI Kovacs (2002) con respecto al grupo de niños maltratados de la Tabla 12 se observó lo siguiente; en relación al apartado de *Nunca, Hago bien la mayoría de las cosas* tuvo un 70.0%, *Las cosas me preocupan de vez en cuando* con un 53.3%, *Las cosas me saldrán bien* y *Soy tan bueno como otros niños* presentaron un 50,0%, *Me decido fácilmente* y *Mi trabajo en la escuela es bueno* con 63.3%, *Tengo buen aspecto* con 56.7% *No me cuesta ponerme hacer los deberes* 46.7%, *Generalmente hago lo que me dicen* con 43.3%, *No me preocupa el dolor y la enfermedad* con 40.0% y finalmente *A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas* con 26.7%.

Con respecto al apartado de *Algunas veces* en el grupo de niños maltratados se muestra los aspectos de *Muchas veces no hago lo que me dicen* con 56.7%, *Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños* 43.3%, *Me preocupa que me ocurran cosas malas* y *Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan* con 40.0%, *Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes* con 36.7%, *No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien* con 33,3%, *Las cosas me preocupan muchas veces* y *Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes* con 30.0%, *Hago mal muchas cosas* y *Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad* con 26.7% y por último *me cuesta decidirme* con 23.3%.⁷⁶ En relación a *Siempre* en el grupo de niños maltratados del Inventario de Depresión CDI Kovacs (2002) con *Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles* y *Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad* con 33.3% , seguido de *Nunca me saldrá nada bien, Las cosas me preocupan siempre, Llevo malas calificaciones* y *Siempre me cuesta ponerme hacer los deberes* con 16.7%, *No puedo decidirme* con 13.3%, *Nunca podré ser tan bueno como otros niños* con 6.7%, *Todo lo hago mal* y *Soy feo o fea* con 3.3% , finalmente *Nunca hago lo que me dicen* con 0%.

Asimismo, en el grupo de niños de primaria en Fundación Don Bosco se presentan los resultados con respecto al apartado de *Nunca* sobre el Inventario de Depresión Infantil CDI Kovacs (2002) del área de *Autoestima* presentados en la Tabla 12; *Hago bien la mayoría de las cosas* con 80.0%, *Tengo buen aspecto* con 83.3%, *Generalmente hago lo que me dicen* con 70.0%, *Las cosas me saldrán bien* con un 60,0%, *Mi trabajo en la escuela es bueno* con 66.7%, *Las cosas me preocupan de vez en cuando* con 56.7%, *Soy tan bueno como otros niños* con un 50.0%, *No me cuesta ponerme hacer los deberes con* y *Me decido fácilmente* con 46.7%, *A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas* con 36.7% y por último *No me preocupa el dolor y la enfermedad* con 30.0%.

Asimismo en el apartado de *Algunas veces* en este grupo de niños de primaria se encontró en los reactivos *No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien* y *Me preocupa que me ocurran cosas malas* con 33,3%, *Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad* y *Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños* con 26.7%, *Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes* y *Muchas veces no hago lo que me dicen* con 16.7%, *Me cuesta decidirme* con 20.0%, *Hago mal muchas cosas*, *Las cosas me preocupan muchas veces* y *Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan* con 13.3% finalmente *Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes* con un 10.0% en este grupo.

Por tanto, en el grupo de niños de primaria en relación a *Siempre* se presentó lo siguiente; *Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes* y *Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad* con 43.3%, *No puedo decidirme* con 33.3%, *Las cosas me preocupan siempre* con 30.0%, *Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles* con 26.7%, *Nunca podre ser tan bueno como otros niños* con 23.3%, *Llevo muy malas calificaciones en materias donde antes iba bien*

con 16.7%, *Nunca hago lo que me dicen* con 10.0%, *Nunca me saldrá nada bien* y *Todo lo hago mal* con 6.7% y finalmente *Soy feo o fea* con 3.3%.

4.4 Estadística inferencial no paramétrica Chi cuadrada del Formato experimental de comportamiento para niños de Ampudia, (2011).

Como cuarto análisis y mediante la estadística inferencial no paramétrica a través de la prueba *t de Student*, se analizaron los reactivos pertenecientes al Formato Experimental de Comportamiento para Niños (Ampudia, 2007), para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los menores pertenecientes niños maltratados y niños escolarizados. Se presentan los resultados obtenidos de cada uno de los reactivos de cada área, entre ambos grupos:

Tabla 13. Prueba *t de Student* del área familiar del Formato Experimental de Comportamiento para Niños (Ampudia, 2011).

	Niños Maltratados		Niños Escuela Don Bosco		Prueba t	Sig.
	Media	Desv. Típ.	Media	Desv. Típ.		
1. Mi mamá me da de desayunar todos los días.	1.50	.731	1.28	.591	-1.292	
10. Mis papás me amenazan	1.50	.777	1.21	.559	8.743	.005
17. Cuando se van mis papás me pongo triste	1.67	.884	1.87	.776	.931	
19. Juego con mis papás	1.97	.718	1.63	.718	-1.797	.05
20. Mis papás me castigan	1.87	.681	1.93	.583	.407	
22. Mis papás me empujan	1.30	.596	1.17	.379	-1.034	
24. Mis papás me gritan	1.67	.661	1.63	.718	-.187	
25. Platico con mis papás	2.07	.691	1.53	.629	-3.125	.001

En la tabla 13, se analiza la diferencia mediante la prueba de *t de Student* para la subescala del área familiar *del Formato Experimental de Comportamiento para Niños (Ampudia, 2011)* con la cual se diferencian los grupos de niños maltratados y niños de la escuela Don Bosco, correspondiendo los siguientes reactivos y su respectiva significancia: *Mis papás me amenazan* ($t = 8.743$; $p = 0.005$); *juego con mis papas* ($t = -1.797$; $p = 0.05$) y *platico con mis papás* ($t = -3.125$; $p = 0.001$). Mostrando que existe una diferencia significativa en estos reactivos.

Tabla 14. Prueba t de Student del área psicológica/comportamental del Formato Experimental de Comportamiento Para Niños (Ampudia, 2011)

	Niños Maltratados		Niños Escuela Don Bosco		Prueba t	Sig.
	Media	Desv. Típ.	Media	Desv. Típ.		
2. Me cuesta trabajo reír	1.70	.651	1.52	.688	-1.048	
4. Me molesta que me abracen	1.80	.664	1.47	.571	-2.084	.04
6. Muchas cosas me dan pena	2.10	.662	1.93	.593	-1.031	
7. Me siento cansado	1.93	.691	2.13	.681	1.128	
8. Muchas cosas me dan miedo	5.07	17.757	1.87	.629	-.986	
9. Digo Mentiras	1.77	.504	1.57	.504	-1.537	
11. Soy desobediente	1.83	.648	1.73	.640	-.602	
14. Me porto mal	1.83	.648	1.48	.574	-2.197	.03
15. Me enfermo	1.93	.640	2.00	.587	.421	
18. Tengo pesadillas	1.77	.728	1.83	.699	.362	
21. Me pongo triste	2.00	.525	1.76	.577	-1.682	.05
23. Me cuesta trabajo dormir	1.93	.740	1.67	.606	-1.527	
26. Agarro las cosas que no son mías	1.50	.630	1.30	.535	3.203	.05
28. Como mucho	2.07	.828	2.07	.640	4.496	.04
31. Nada me interesa	1.63	.718	1.69	.604	.325	
32. Jugar es aburrido	1.23	.430	1.27	.583	.252	
33. Me chupo el dedo	1.20	.484	1.23	.568	.245	
34. Lloro todo el tiempo	1.57	.679	1.33	.479	7.078	.01
37. Otros niños son más felices que yo	1.70	.750	1.53	.629	-.933	
38. Cuando me enojo rompo las cosas	1.33	.661	1.31	.541	-.146	
39. Me castigan sin razón	1.50	.682	1.20	.484	-1.964	.05

En la tabla 14, se analiza la diferencia mediante la prueba de t de Student para la subescala del área psicológica del Formato Experimental de Comportamiento para Niños (Ampudia, 2011). Con la cual se diferencian los grupos de niños maltratados y niños de la escuela Don Bosco, correspondiendo a varios de los siguientes reactivos y su respectiva significancia: *Me molesta que me abracen* ($t = -2.084$; $p = 0.04$); *me porto mal* ($t = -2.197$; $p = 0.03$), *me pongo triste* ($t = -1.682$; $p = 0.05$), *agarro las cosas que no son mías* ($t = 3.203$; $p = 0.05$), *como mucho* ($t = 4.496$; $p = 0.04$), *lloro todo el tiempo* ($t = 7.078$; $p = 0.01$) y *me castigan sin razón* ($t = -1.964$; $p = 0.05$) Mostrando que existe una diferencia significativa en estos reactivos.

Tabla 15. Prueba *t* de Student del área social del Formato Experimental de Comportamiento para Niños (Ampudia, 2011).

	Niños Maltratados		Niños Escuela Don Bosco		Prueba t	Sig.
	Media	Desv. Típ.	Media	Desv. Típ.		
3. Tengo amigos	1.47	.571	1.17	.379	-2.397	.02
5. Le pego a otros niños	1.63	.718	1.50	.572	-.795	
13. Me enojo con facilidad y peleo con otros niños	1.90	.662	1.60	.724	-1.675	.05
35. Me asustan los extraños	1.57	.728	1.87	.776	1.544	
36. Peleo con mis amigos	1.57	.568	1.40	.563	-1.141	

En la tabla 15, se analiza la diferencia mediante la prueba de *t* de Student para la subescala del área social del Formato Experimental de Comportamiento para Niños (Ampudia, 2011). Con la cual se diferencian los grupos de niños maltratados y niños de la escuela Don Bosco, correspondiendo los siguientes reactivos y su respectiva significancia: *Tengo amigos* ($t = -2.397$; $p = 0.02$) y *me enojo con facilidad y peleo con otros niños* ($t = -1.675$; $p = .05$). Mostrando que existe una diferencia significativa en estos reactivos.

Tabla 16. Prueba *t* de Student del área escolar del Formato Experimental de Comportamiento para Niños. Ampudia, 2011).

	Niños Maltratados		Niños Escuela Don Bosco		Prueba t	Sig.
	Media	Desv. Típ.	Media	Desv. Típ.		
12. Me cuesta trabajo poner atención	1.70	.837	1.50	.572	1.081	.02
16. Voy mal en la escuela	1.63	.615	1.57	.679	-.399	
27. Me cuesta trabajo hacer la tarea	1.57	.774	1.67	.606	3.325	.05
29. Prefiero estar en la escuela que en mi casa	1.70	.837	1.80	.664	5.049	.03
30. Me cuesta trabajo concentrarme	1.67	.606	1.80	.551	.891	
40. Me da flojera hacer la tarea	1.57	.728	1.60	.563	3.184	.050

Finalmente en la tabla 16, se analiza la diferencia mediante la prueba de *t* de Student para la subescala del área escolar del Formato Experimental de Comportamiento para Niños (Ampudia,

2011). Con la cual se diferencian los grupos de niños maltratados y niños de la escuela Don Bosco, correspondiendo los siguientes reactivos y su respectiva significancia: *Me cuesta trabajo poner atención* ($t = -1.081$; $p = 0.02$) *Me cuesta trabajo hacer la tarea* ($t = 3.325$; $p = 0.05$), *Prefiero estar en la escuela que en mi casa* ($t = 5.049$; $p = .03$) y *Me da flojera hacer la tarea* ($t = 3.184$; $p = .050$). Mostrando que existe una diferencia significativa en estos reactivos.

PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE LA PERSPECTIVA ECOLÓGICA PARA NIÑOS Y NIÑAS CON MI Y DI.

El Programa de intervención psicológico desde la perspectiva ecológica para niños (as) con indicadores de maltrato y depresión infantil, se basó en la detección y recopilación de información de los resultados obtenidos del Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011) y el Inventario de Depresión Infantil Kovacs (2002) en una casa Hogar y en una escuela primaria con niños (as) de 6 a 12 años que cursaban la primaria. Mediante los indicadores que intervienen en estos casos. Identificando las áreas de intervención de esta población y diseñando un programa de intervención que se basará en los resultados obtenidos.

Por otra parte, el programa de intervención es psicológica desde el modelo ecológico, debido a que es, en esta área de la investigación del Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011) donde hubo mayor predominancia de significancia en los resultados. El modelo ecológico, como hemos observado, integra diversas áreas y factores que pueden considerarse en estas problemáticas dada su complejidad. En tanto es ecológico permite integrar diversas perspectivas y teorías expuestas en este programa y se apoya de diversas herramientas y técnicas con un enfoque integral que permita retomar los resultados encontrados.

Además, según el análisis mediante la estadística inferencial no paramétrica a través de la prueba *t de Student* de los reactivos pertenecientes a los siguientes reactivos: *Me molesta que me abracen, me porto mal, me pongo triste, agarro cosas que no son mías, como mucho, lloro todo el tiempo, me castigan sin razón.* Se observa una predominancia de los aspectos emocionales, socialización y vínculo, asociados directamente en estas problemáticas dada la teoría revisada del

MI y DI en ambos grupos (primaria y albergue), donde las consecuencias ante estas problemáticas se observan en estas esferas emocionales y de socialización.

Asimismo, los aspectos de las áreas que inciden y se relacionan a esta problemática en ambos grupos son, en mayor predominancia: el área social (*tengo amigos, me enoja con facilidad y peleo con otros niños*), área escolar (*me cuesta trabajo poner atención, me cuesta trabajo hacer la tarea, prefiero estar en la escuela que en mi casa, me da flojera hacer la tarea*). Por lo que, realizar una intervención partiendo desde la escuela debe ser primordial dado que es un espacio que los niños (as) consideran, según estos resultados, *preferir estar en la escuela que en su casa* y en el cual se ven repercusiones de esta problemática en su rendimiento escolar. Finalmente el área familiar (*mis papás me amenazan, juego con mis papás y platico con mis papás*). Dada la teoría revisada, es importante considerar en toda intervención con MI y DI, el trabajo y la integración de los padres, madres y cuidadores en esta dinámica para poder generar un impacto en la vida de los niños (as) que padecen de estos aspectos ya que la relación que estos establecen con sus hijos (as) tiene un impacto a corto, mediano y largo plazo en su vida. Además de considerar dentro de los análisis teóricos revisados la importancia del trabajo de los factores de riesgo como son: el entorno, la familia y los aspectos individuales.

A continuación, se encuentra el diseño del programa de intervención psicológico desde una perspectiva ecológica retomando los resultados de las pruebas. El programa de intervención psicológica desde la perspectiva ecológica contempla grupos tanto de niños (as) como de padres, madres y cuidadores. Esta propuesta, a pesar que trabaja con estos grupos en su diseño, no parte de alguna teoría de grupo como tal, sino que se apoya de herramientas, lineamientos y técnicas del trabajo con grupos con un enfoque integral ya que el modelo ecológico así lo refiere. A su vez, la perspectiva ecológica articula diversos ámbitos y permite generar propuestas concretas a partir de

los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas ante un fenómeno tan complejo como es el MI y la DI.

ESCENARIO Y MATERIALES

Las sesiones y evaluación se proponen en un contexto escolar, en este caso, en una escuela primaria para que puedan tener un impacto en diversos sectores sociales. Promuevan el trabajo psicológico desde una propuesta de tratamiento e intervención. Contando con un espacio específico para las actividades con los niños (as), así como padres, madres y cuidadores. Por lo que se puede realizar la intervención en un salón de clases de la institución que sea amplio, iluminado, permita la convivencia y confidencialidad y cuente con los medios físicos para poder llevar a cabo el trabajo con los grupos de personas.

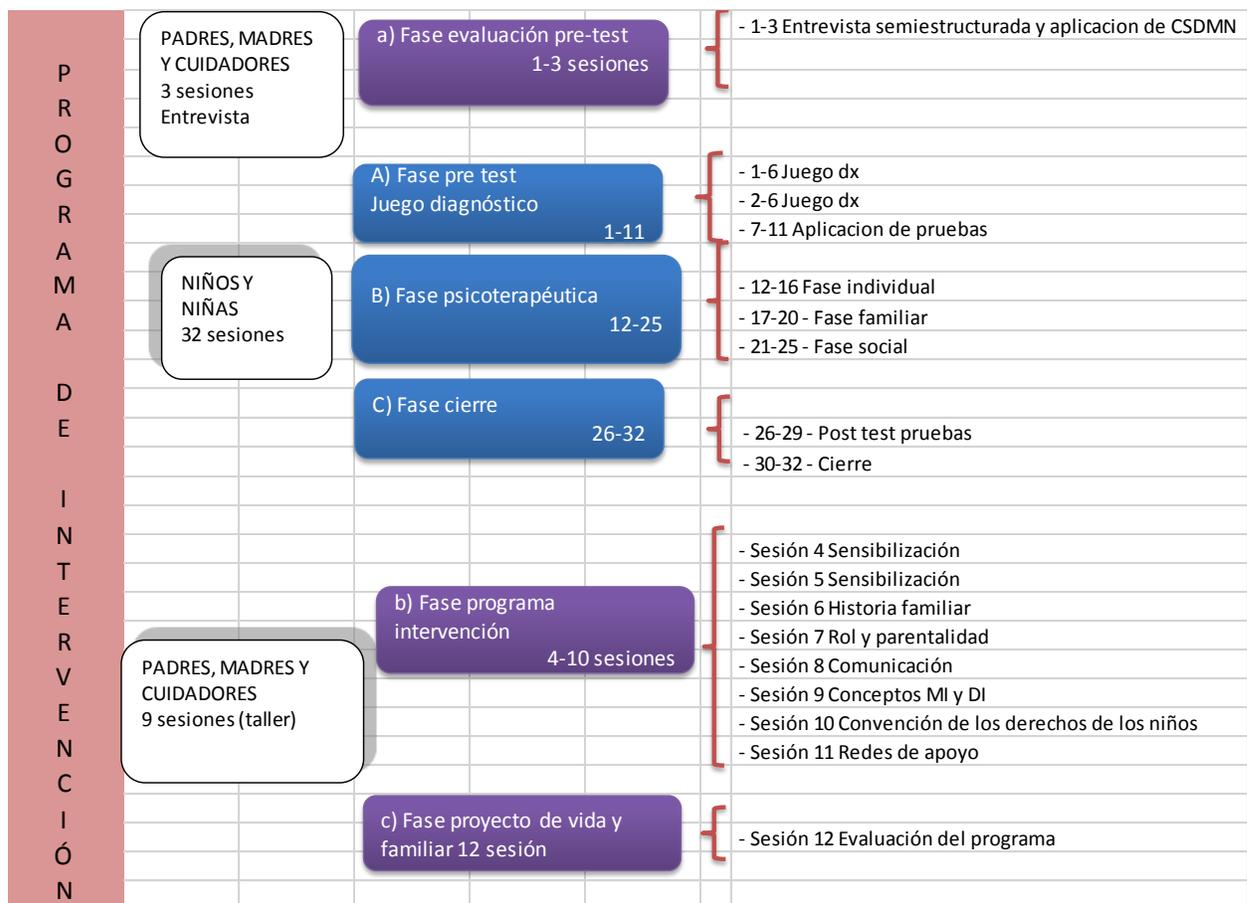
Los materiales empleados con los niños (as) serán:

- Títeres de animales y familias
- Muñecos de peluche
- Casa con muebles pequeños
- Juegos de mesa (lotería, ajedrez, Uno, domino, etc.)
- Carros
- Plastilina, crayolas, plumones, colores, hojas blancas, lápices, goma y sacapuntas
- Cuento
- Muñecos de plástico pequeños (animales).

Procedimiento

Se propone el trabajo inicial con padres, madres o cuidadores con 2 a 3 sesiones para elaborar la historia clínica de cada niño (a) por medio de entrevistas a profundidad con una duración de 50 a 60 minutos. Después, iniciar con 32 sesiones con niños (as) y finalmente 9 sesiones con padres, madres y cuidadores en su fase de intervención. La duración de las sesiones con los padres, madres y cuidadores será de 2 horas cada una. Procurando realizarse en el mismo día y hora acordada previamente con la institución de la escuela primaria y los padres, madres y cuidadores.

Fig. 1 Programa de intervención



Nota: Fuente de elaboración propia

Fig. 2 Modelo ecológico para la evaluación del niño (a)

MODELO ECOLÓGICO PARA LA EVALUACIÓN NIÑO/NIÑA	SISTEMA INDIVIDUAL	- EMOCIONES	- CORMAN
		- RELACIONES SOCIALES	- MACHOVER
		- COMUNICACION	- PROGRAMA CON NIÑOS Y NIÑAS
			- CAT_A
		WPPSI IV	
	SISTEMA FAMILIAR	- FAMILIA	- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
		- PARENTALIDAD	- TALLER CON PADRES Y MADRES
		- ROL	- EVALUACION CUALITATIVA
			- PROGRAMA CON NIÑOS Y NIÑAS
		- CAT_A, CORMAN, MACHOVER	
	SISTEMA SOCIAL	- REDES DE APOYO	- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
			- TALLER CON PADRES
		- EVALUACION ALITATIVA	
		- PROGRAMA CON NIÑOS Y NIÑAS	
	- CAT_A, MACHOVER, CORMAN		

Nota: Fuente de elaboración propia

Programa de intervención padres, madres y cuidadores

a) Fase de evaluación (diagnóstico) Pretest (1 a 3 sesiones con padres, madres o cuidadores). Entrevista semi-estructurada.

Objetivo

Elaborar la historia clínica del niño (a) para poder conocer la dinámica familiar por medio de una entrevista semi-estructurada a cada familia y la aplicación de un Cuestionario Sociodemográfico para niños maltratados (CSDMM).

-Presentación del caso a la institución La información sobre los antecedentes del niño (a) se obtendrán de la historia clínica que se realizará para elaborar el expediente del niño (a) través de una entrevista a profundidad durante dos o tres sesiones al inicio del programa de intervención psicológica desde el modelo ecológico. Se solicitará a los padres y madres su acompañamiento en este proceso al inicio del programa de intervención, además de informarles sobre el motivo de su acompañamiento. Después se iniciará un proceso de diagnóstico y terapéutico con cada niño (a) durante 32 sesiones. Los padres y madres al concluir el proceso del niño (a) se comprometerán a dar continuidad a través de un proyecto de intervención con padres y madres durante 10 sesiones.

-Historia clínica (Entrevista semi-estructurada)

La historia clínica registrará los acontecimientos importantes y significativos del niño (a) a lo largo de su vida. Lo que el niño (a) dice, manifiesta, expresa y omite. Esta información se apoyará de la observación, el juego diagnóstico y las pruebas psicológicas empleadas. Lo que

apoyará en la expresión y comprensión del mismo niño (a) a través de su propio proceso y sus vínculos afectivos.

La historia clínica incluirá la recopilación de los siguientes datos:

I. Ficha de identificación del niño (a)

I.I.I. Nombre del niño (a)

I.I.2 Edad, fecha y lugar de nacimiento

I.I.3 Escolaridad

I.1.4 Domicilio

I.I.5 Escuela

I.1.6 Nacionalidad

I.2 Ficha de identificación del padre, madre o tutor

I.2.1 Nombre

I.2.2 Edad

1.2.3 Parentesco

1.2.4 Escolaridad

1.2.5 Ocupación

II. Motivo de consulta

Es conveniente indagar las expectativas del niño (a) en relación a este espacio terapéutico, los deseos, sentimientos y aspectos relacionados al saber de su derivación a este espacio. Además de añadir elementos sobre las frases, expresiones y actitudes que utilizó para indagar sobre las propias fantasías y deseos.

III. Familiograma

Se añadirá el familiograma para explicar de manera gráfica la composición, dinámica y estructura familiar.

IV. Antecedentes patológicos

Describir antecedentes patológicos en la familia, qué y quiénes la padecieron.

V. Historia familiar

Describir el número de hermanos, ocupación de los padres, madres, las relaciones significativas, recuerdos familiares, logros, vínculos, expectativas, aspectos significativos, duelos etc. Incluyendo la familia de origen (padre, madre, hermanos, etc.) Se describe el entorno del niño (a), la dinámica diaria, las relaciones interpersonales, aspectos emocionales y personalidad.

VI. Desarrollo del niño (a)

VII. V.I.I Infancia: Datos que pueda recordar o comentar sobre la infancia de los padres, madres y cuidadores como del niño (a), reminiscencias, omisiones, lapsus. Así como cualquier dato que la familia refiera sobre la situación en el hogar.

Datos acerca de la relación con los hermanos, alteraciones emocionales, conductuales, enfermedades.

V.I.2. Descripción del niño (a)

De manera general se registrarán las características físicas del niño (a) (complexión, apariencia, aspectos que le llaman la atención, le agradan o desagradan, aspectos de comportamiento y carácter, actividades que realiza predominantemente), interacción social etc.

VIII. Historia escolar

Se añadirán las experiencias académicas, aprendizaje, relación con profesores, rendimiento escolar, actividades extracurriculares, relación con compañeros de estudio y amigos (as), relación con autoridad, logros.

IX. Resultados de las pruebas psicológicas realizadas a los niños y niñas

Las pruebas psicológicas posibilitarán impresiones diagnósticas, así como elaborar y esclarecer aspectos específicos relacionados a su situación de MI y depresión. Dentro de este apartado, cada prueba establecerá lo siguiente:

- a) Nombre de la prueba
- b) Fecha de aplicación
- c) Nombre del aplicador
- d) Conclusión y síntesis que describan los resultados representativos.

Pruebas:

-Test de la Figura Humana (Machover)

-Test de Familia de Corman

-Test de Apercepción Temática de (CAT-A) Bellak

-Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV)

X. Pronóstico y aspectos terapéuticos

Se describirá los aspectos más elementales de cada niño (a). Relación con el terapeuta, como se vincula, participa, coopera. Además de los principales objetivos que se abordan en cada sesión.

- **Aplicación Cuestionario Sociodemográfico para niños maltratados (CSDMM) de Ampudia**

Finalmente en esta fase se aplicarán a los padres, madres y cuidadores el Cuestionario Sociodemográfico para niños maltratados (CSDMM) de Ampudia (2007) para explorar aspectos y características de la familia del niño (a) expuesto a situaciones de MI. Se propone indagar sobre los antecedentes e historia clínica del menor, debido a como lo mencionaba anteriormente, en muchas ocasiones se carece de esta información, ya que las instituciones no cuentan con estos departamentos, y en caso de que lo hubiera poder tener una panorámica del contexto del menor.

Programa de intervención niños y niñas

A) Fase de evaluación Pre test y juego diagnóstico con niños y niñas (11 sesiones)

Objetivos

- 1.- Evaluar el desarrollo emocional, cognitivo, intelectual y social de cada niño (a) mediante algunas pruebas proyectivas, y juego diagnóstico.
- 2.-Explorar la vivencia de los niños y niñas en relación a su situación de MI y depresión.

En un primer momento, el juego diagnóstico permite trabajar con cada uno de los niños y niñas trabajando su situación actual y nos permite conocer sus intereses, motivaciones y deseos.

En estas primeras sesiones se propone el juego diagnóstico para dar a conocer el rapport, encuadre y que el niño(a) se apropie del espacio para que pueda expresar sus pensamientos y emociones. Por lo que, se añaden las cartas descriptivas por sesión.

De manera general, los aspectos a evaluar en la interacción del juego son los siguientes:

Cuadro Lineamientos para evaluar el juego en el niño (a) en el pre test y pos test.

Evaluación del juego (Ampudia, Santaella y Eguía, 2009)

Acción por evaluar	Aspectos por observar
Entrada al cuarto de juego	¿El niño entra con facilidad al cuarto de juego? ¿Requiere acompañamiento? ¿Se acerca a los juguetes? ¿Se apoya en la mamá?
Inicio de las actividades de juego	¿El niño es rápido o lento? ¿Requiere ayuda? ¿Necesita estímulo requiere orientación? ¿Es impulsivo? ¿Es persistente en su actividad?
Energía gastada en el juego	¿Cuál es el ritmo de trabajo del niño? ¿El niño parece apático, letárgico, carente de actividad?
Acciones manipulativas en el juego	¿El niño está libre o tenso al manejar los materiales? ¿Sus movimientos son uniformes?
Ritmo del juego	¿El paso del juego varía de acuerdo con las diferentes actividades o siempre es el mismo?
Movimientos corporales en el juego	¿El niño juega tenso o relajado? ¿Sus movimientos son inciertos, espasmódicos, restringidos o libres?
Verbalizaciones	¿El niño canta, tararea o dice frases mientras juega? ¿Se ríe de manera apropiada? ¿Cuál es el

	<p>tono de su voz? ¿Qué dice? ¿Propósito de la verbalización?</p>
Tono de juego	<p>¿Cuál es el tono del juego; por ejemplo enojado, satisfecho, hostil o impaciente?</p> <p>¿Cuida los materiales? ¿Hay agresión presente?</p>
Integración del juego	<p>¿El juego es dirigido o fragmentado? ¿El juego tiene forma o es fortuito? ¿La atención es sostenida o fugaz? ¿Existe algún elemento particular en el juego?</p>
Creatividad en el juego	<p>¿El juego es imaginativo o estereotipado?</p> <p>¿El juego presenta elementos de improvisación o de construcción?</p>
Productos del juego	<p>¿Qué juguetes se prefieren? ¿Qué diseños se terminan durante el juego? ¿Los productos tienen forma reconocible? ¿Cómo logra la forma el niño? ¿El niño desea conservarlo o darlo a alguien? ¿Se preocupa por la limpieza y el orden?</p>
Características del juego apropiado para la edad	<p>¿El juego es apropiado para la edad?</p> <p>¿Existen cambios en la calidad del juego?</p>

Sesiones de la 1 a la 6: Juego diagnóstico (Fase pretest juego diagnóstico)

Sesión 1: Presentación y juego diagnóstico

Objetivo

- Establecer el encuadre y rapport para explorar y reconocer el entorno de trabajo.

Actividad

Se realizará un acercamiento con el niño (a), mostrándole el espacio de trabajo y los materiales para que elija alguno de ellos, así como la presentación de la psicóloga.

En las primeras sesiones se les explicarán a los niños y niñas los beneficios de participar en este programa de intervención psicológica especificando el desarrollo y expresión de sus emociones, además de darles la oportunidad de decidir dejar de participar en el programa de intervención psicológica, si en algún momento lo desearan. Los padres, madres y cuidadores legales firmarán el consentimiento informado desde el inicio del programa de intervención informándoles de su participación y la del niño (a). Se le explicará que nos veremos en un día acordado por la escuela y la psicóloga durante un período de 50 a 60 minutos durante 32 sesiones, en las cuales habrá actividades de juego y otras actividades. En esta ocasión el niño (a) elegirá un material de juego durante un período de 20 a 25 minutos. En cada sesión de juego se llevará a cabo un registro Ampudia, Santaella y Eguía (2009) sobre la evaluación del juego (p.174). Finalmente, se despedirá y pedirá volver la siguiente sesión.

Material

Hojas blancas, lápices, goma, sacapuntas, colores y plastilina.

Sesión de la 2 a la 6: Juego Diagnóstico

En estas primeras sesiones se pretende tener encuentros con el niño (a) que permitan explorar y manifestar deseos, experiencias y formas de ser y estar. Contacto físico y afectivo que pueda expresar, necesidades, habilidades sociales, comunicativas, comportamientos, formas de interactuar, principales intereses, habilidades, relaciones con los objetos, evaluación del juego, atención, identificación con juegos, personajes, materiales así como posibles recursos personales de cada niño (a).

Material: Elección individual de material de cada niño (a).

Sesiones de la 7 a la 11: Aplicación de pruebas psicológicas

Sesión 7

Objetivo

- Evaluar aspectos de la personalidad, aspectos emocionales, de autoconcepto e imagen corporal del niño (a) a través del Test de la Figura Humana (Machover)

Material: Hojas blancas, lápices, goma y sacapuntas. Material de juego de elección del niño (a).

Sesión 8

Objetivo

- Identificar los vínculos, relaciones afectivas y de socialización familiar para observar aspectos del ámbito emocional por medio del Test de familia de Corman.

Actividad

Se llevará a cabo el juego diagnóstico, por medio de títeres, donde el niño (a) decida los personajes y sus actividades durante un período de 30 minutos. En un espacio abierto, donde se

pondrá un tapete o un espacio para poder jugar en el suelo y al finalizar realizar un registro de todo el discurso del niño (a).

Material

Hojas blancas, lápices, goma, sacapuntas y títeres.

Sesión 9

Objetivo

Analizar por medio del Test de Apercepción Temática de (CAT-A) de Bellak; aspectos relacionados a la personalidad de los niños y niñas, vínculos afectivos, aspectos de rivalidad, relaciones familiares, conflictos y aspectos dinámicos de la familia y la escuela.

Actividad

Se presentará a cada niño (a) las 10 láminas del Test de Apercepción Temática (CAT-A) de Bellak, donde se expresarán por medio de relatar historias sobre aspectos que sucedieron previamente, lo que está sucediendo y lo que ocurrirá después. Cada verbalización será registrada por medio de audio o en su caso de anotaciones sobre el relato, la forma de expresión y el lenguaje corporal sobre situaciones de afecto, alimentación, castigos, formas de relación, agresión, separaciones, identificaciones, sexualidad, ansiedad, miedos.

Material: Láminas del Test de Apercepción Temática (CAT-A) de Bellak, hojas blancas, lápices, audio.

Sesión 10

Objetivo

- Evaluar el desarrollo intelectual y cognitivo del niño (a) por medio de la Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV) y poder integrar el Psicodiagnóstico.

Actividad

Llevar a cabo la aplicación, en un primer momento, de la Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV) en algún espacio que pueda propiciar la concentración y realización de la escala con la finalidad de explorar aspectos de desarrollo cognitivo e intelectual.

Material

Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV), lápices, hojas blancas.

Sesión 11

Objetivo

- Evaluar el desarrollo intelectual y cognitivo del niño (a) por medio de la Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV) para poder integrar el Psicodiagnóstico.

Actividad

Finalizar la aplicación y evaluación de la Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV) en algún espacio que pueda propiciar la concentración y realización de la escala con la finalidad de explorar aspectos de desarrollo cognitivo e intelectual.

Material

Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV), lápices, hojas blancas.

B) Fase de intervención psicoterapéutica con niños y niñas (12 a la 25)

En esta fase se pretende trabajar de manera individual en un proceso terapéutico con niños (as) que tuvieron indicadores relacionados al MI y la DI, teniendo dificultades en el área social (relación con amigos, enojos, peleas), área escolar (dificultades para poner atención, flojera para hacer tareas, preferir la escuela a su casa) y la familia (mis papás me amenazan, no juego ni platico con ellos). Además de enfocar la atención individual a la evaluación del juego diagnóstico y los resultados de la batería de pruebas psicológicas aplicadas enfocadas al modelo ecológico (sistema individual, familiar y social). Por lo que el programa de intervención en la fase terapéutica se divide en tres fases: Individual, familiar y social basada predominantemente en los resultados obtenidos de la aplicación de las pruebas.

- Establecer atención psicoterapéutica para cada niño (a) del programa de intervención psicológica desde la perspectiva ecológica durante 14 sesiones en la fase terapéutica. La duración de las sesiones será de 50 a 60 minutos. La figura del psicoterapeuta permitirá la apertura y expresión de sentimientos, emociones y pensamientos que presente cada niño (a) con la finalidad de ir acompañando aspectos que causen dolor, aflicción sobre cómo viven, fantasean o sienten diversas cuestiones relacionadas a su situación de MI y DI o alguna otra cuestión que pueda presentarse. El niño (a) tendrá la posibilidad de colocarse en un espacio que le permita poder expresar y mostrar sus deseos a partir del juego.

- Examinar aspectos relacionados a la autoestima y autoconcepto de los niños y niñas para poder explorar aspectos relacionados con su percepción, confianza y sus relaciones.
- Explorar las relaciones sociales, emocionales y comunicativas que establecen con sus cuidadores, papás y mamás además de con sus pares para poder determinar cómo se relacionan consigo mismos y con los otros.
- Identificación de necesidades y emociones del niño o niña (enojo, tristeza, miedo, alegría, etc.)
- Acompañar a los niños (as) en el establecimiento de límites claros y afectivos para mostrar otras formas de establecimiento de vínculos afectivos y disciplinas.
- Esclarecimiento de la relación que establecen en la escuela como otro espacio de aprendizaje, juego y experiencias en su desarrollo.
- Analizar las implicaciones sociales y de medio ambiente que consideran tienen en el mundo y la sociedad.

Fase Individual: Emociones, relaciones sociales y comunicativas. (Sesiones de la 12 a la 16)

Estas sesiones pretenden abordar mediante el juego simbólico la expresión de sus emociones, conocer sus expectativas e inquietudes mediante el material con el cual los niños y niñas deseen trabajar. Se pretende tener la apertura de que los niños y niñas decidan con que material quieren jugar, títeres, juegos de mesa, crayolas, hojas blancas, colores, animales de plástico, muñecas, casas etc.

El espacio de juego permitirá generar la posibilidad de que el niño (a) pueda tener la disponibilidad del material y el espacio para instaurar un orden diverso en el que se establece un

encuentro y posibilidades de interacción, ello y los juegos, permitirán poder establecer un tiempo y espacio (inicio, sesión y cierre así como el espacio físico), además del acompañamiento de la psicóloga.

El juego con personajes, muñecos, dinosaurios, títeres permitirá explorar emociones como enojo, tristeza, alegría y miedo. La integración de la actividad y el establecimiento de ciertas normas como los juegos de mesa generan espacios organizados, cooperativos y de relación. Además que el proceso de transferencia y contratransferencia con la psicóloga en el proceso psicoterapéutico permitirá la expresión de elementos vinculares, como la violencia, agresividad, apego y establecimiento de relaciones bajo estos esquemas para poderse trabajar en este espacio.

Fase Familiar: Relaciones con los otros y vínculos emocionales con los padres, madres y cuidadores. (Sesiones de la 17 a la 20)

A lo largo de la historia de vida de los niños (as), la relación con los otros y los vínculos que establecen los mismos con sus padres, madres y cuidadores son vitales para su desarrollo emocional, la relación con su entorno, con sus pares etc. En el caso de los niños con MI y DI, como hemos observado, estas relaciones se han establecido a partir de relaciones con violencia, conflictos, amenazas, con dificultades en su interacción y comunicación. Por ello, trabajar con títeres, muñecos y familias para poder establecer otras formas de interacción así como reconocer la que han establecido por medio de la violencia permitirá restablecer el proceso sobre lo que consideran es su familia y lo que pudieran desear que fuese. En esta fase el establecimiento se enfocará en indagar los vínculos, apego y relaciones establecidas hasta este momento con sus cuidadores, padres, madres y cuidadores para poder observar alianzas, rupturas y conflictos. Debido a que en el área familiar se encontraron resultados relevantes en esta esfera de la vida del

niño (a) (*mis papás me amenazan, juego con mis papás y platico con mis papás*). Considerados como escenarios de hostilidad, agresividad y dificultad emocional y de convivencia con sus principales lazos emocionales.

La duración de cada encuentro con padres, madres y cuidadores será de dos horas, en algún espacio de una escuela primaria, que tenga la posibilidad de recibir un grupo de no más de 20 personas por grupo. El psicoterapeuta debe poseer experiencia en el trabajo con grupos, tener la capacidad de reparar, con ello, me refiero a la posibilidad de establecer empatía, identificación para poder actuar y sublimar en el discurso que se establezca con los grupos. El psicoterapeuta debe estar acompañado de un co-terapeuta que le permita apoyar en los procesos que se presenten y se vean reflejados a partir de las sensaciones, percepciones y sentimientos que refleje el grupo. Finalmente, en la fase psicoterapéutica con los padres, madres y cuidadores se establecen 14 sesiones de trabajo grupal. En el caso de alguna cuestión particular que se pudiera observar relacionada a la necesidad de alguna canalización individual, será indicada a la persona del grupo al finalizar el proceso como sugerencia.

Fase social. (Sesiones de la 21 a la 25)

En estas sesiones se pretende enfocar a la forma en que el niño (a) se adapta a ambientes como el orden, el espacio, el horario, las formas de interacción en el ámbito comunitario, social, familiar y con sus pares. Relacionada a los resultados obtenidos en las pruebas, es decir, la dificultad para establecer relaciones y vínculos con sus pares, las muestras de agresividad y hostilidad percibidas.

La dificultad para mostrar afecto y recibirlo y la expresión de sus emociones: *Me molesta que me abracen, me porto mal, me pongo triste, agarro cosas que no son mías, como mucho, lloro todo el tiempo, me castigan sin razón*. En el área social los aspectos se relacionaron con los amigos,

la frustración, el enojo y las constantes peleas y golpes como una forma de manifestar sus frustraciones o las formas que conocen para relacionarse (*tengo amigos, me enojo con facilidad y peleo con otros niños*).

Se hará énfasis en las habilidades, capacidades y fortalezas que el niño (a) tenga o ha establecido a lo largo de su vida por medio del juego simbólico. La finalidad es poder reconocer y explorar nuevas formas orientadas a mejorar su convivencia social partiendo de dinámicas que favorezcan la expresión de diferentes reacciones ante un mismo conflicto, situación de violencia que permitirán trabajar la relación que ha establecido consigo mismo y los otros. Analizar y observar relaciones conflictivas en casa, en su escuela, en el mundo, en su ciudad permitirá que el niño (a) reflexionen y expresen estas situaciones.

C) Fase de cierre niños y niñas Post test (26 a la 32)

En estas sesiones se pretende poder realizar la aplicación post test de la batería pruebas psicológicas y una devolución con cada niño (a), para poder determinar posibilidades de cambio.

Sesiones de la 26 a la 29 post test de batería de pruebas psicológicas

En estas sesiones se llevará a cabo la evaluación pos test de la batería de pruebas psicológicas

- Test de la Figura Humana (Machover)
- Test de Familia de Corman
- Test de Apercepción Temática de (CAT-A) Bellak
- Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-IV)

Se les aplicará nuevamente a los niños y niñas un post test del Inventario de Depresión CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011) de manera grupal con un acompañamiento de dos psicólogas en su aplicación para poder observar los posibles cambios e impacto del programa de intervención. Además de obtener un análisis de la información obtenida de los registros observacionales de cada sesión, la entrevista y el análisis de la batería de pruebas psicológicas.

Sesiones de la 30 a la 32 Cierre

La devolución y cierre con el niño (a) se realizará bajo los siguientes aspectos:

- Referir el motivo de consulta por el que ingresó a este programa, qué piensa de éste, si lo recuerda y reflexionar en torno a éste.
- Considerar los aspectos relevantes de cada niño (a), enfatizando en los aspectos que el niño (a) realiza: ser cooperativo, prestar atención, llegar puntual etc.
- Enfatizar en aspectos que realiza por sí mismo, de acuerdo a su desarrollo evolutivo.
- El manejo de emociones que han tenido: Miedos, expresión de enojos y como los ha afrontado y como pudiera afrontarlos más adelante.
- Actividades que hacen por sí mismos
- Reconocer los logros de cada niño (a) en el proceso.
- La importancia de las relaciones con los otros y su familia.

Independientemente de los resultados, se considerará iniciar la canalización de casos específicos de familias que requieran seguimiento en algunas instituciones dependiendo de los resultados obtenidos.

Programa de intervención padres, madres y cuidadores

b) Fase de programa de intervención desde el modelo ecológico con padres, madres o tutores (4 a la 11 sesiones)

El Programa de intervención psicológica desde la perspectiva ecológica para padres, madres y tutores de niños y niñas con indicadores de maltrato y depresión infantil estará conformado por 7 sesiones grupales con una duración de dos horas por sesión.

Sesión 4 del programa de intervención (Sensibilización)

En este primer módulo, se trabajará con las madres, padres y cuidadores de los niños (as) que hayan presentado indicadores de depresión y maltrato infantil con el fin de devolver resultados pre test del Inventario de Depresión CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011) y enfatizar que este programa de intervención psicológica tiene como prioridad desarrollar estrategias en conjunto de padres, madres, cuidadores que puedan apoyarles y acompañarles en las problemáticas presentadas.

En esta sesión, se les explicará el lugar asignado, el cual será un espacio amplio que pueda permitirnos tener privacidad y adecuada e iluminación. Previa asignación del espacio que la escuela nos facilite para llevar a cabo las actividades.

Las sesiones de trabajo se realizarán durante dos horas, cada sesión. Además de consensar y compartir reglas de convivencia con el grupo de padres, madres y cuidadores.

Es importante mencionar que en ocasiones las escuelas públicas tienen carencias en cuanto disposición de material físico, espacio e incluso, al no contar con mobiliario como mesas y sillas adecuadas a la complejidad y edad de los niños, niñas y sus familias. Por lo que es importante

mencionar que en muchas ocasiones el espacio se construye, es decir, será prioridad generar o buscar un espacio que brinde la posibilidad de que el niño, niña y sus familias jueguen, exploren y puedan expresar con confidencialidad sus fantasías y deseos de acuerdo al contexto y la situación de la escuela.

En la primer sesión del programa de intervención, se trabajará con padres, madres y cuidadores que hayan presentado en sus hijos indicadores de depresión y maltrato debido que el área familiar del cuestionario tiene cierta significancia en los resultados obtenidos en relación a los reactivos: *mis papás me amenazan, juego con mis papás y platico con mis papás* de manera general. Para ello, se les brindará un espacio para poder devolver la información recabada del cuestionario y el inventario.

Las sesiones con los padres, madres y cuidadores tienen el objetivo primordial de establecer un vínculo con los mismos para poder sensibilizar la relación y su papel primordial en la crianza de sus hijos (as), poder brindar un espacio para compartir, y dialogar.

Asimismo enfatizar que este programa tiene el objetivo de apoyar y acompañarlos en este proceso, para que juntos, con su apoyo, paciencia y deseo trabajen en conjunto. Dado que la crianza requiere tanto de reflexionar las necesidades del adulto, las familias, los niños y niñas. De la misma forma resaltar la importancia de su participación y colaboración ya que las intervenciones con las madres, padres y cuidadores (contexto familiar) implican mayor impacto y mejores resultados en la vida de los niños y las niñas, dado que las familias son un sistema importante en el desarrollo emocional, social, en sus relaciones actuales y futuras de los niños y niñas.

Sesión 5. Sensibilización.

En esta sesión se iniciará con un formato sobre las expectativas que tienen las madres, padres y cuidadores sobre este programa de intervención. Lo cual permitirá una mayor sensibilidad hacia las problemáticas que presentan los niños y niñas para poder tener una respuesta favorable ante este panorama y se sientan acompañados. Destacando que con su participación reflexiva en torno los aspectos de salud mental de los niños y niñas se podrán trabajar y mejorar estos aspectos, lo cual tendrá un impacto en su vida. Esto debido a que, como señala Arrubarrena, de Paúl y Torres (1996):

... un aspecto común a la mayoría de estas familias es que inician el tratamiento sin una conciencia clara de sus problemas y sin una motivación interna de cambio. En general, los padres y madres maltratantes tienen dificultades para reconocer su responsabilidad en el abuso y las consecuencias negativas que ello ha provocado en el niño. Reflejo de ello, son reacciones tales como la negación, la minimización, la asignación de responsabilidad al exterior, etc. (p. 299)

Por ello, será muy importante considerar las expectativas de la familia, además de los objetivos del programa y de un personal que acompañe a este programa de intervención sensible con estos procesos y que conozca la complejidad del trabajo desde el MI y las implicaciones en la depresión de los niños y niñas para poder conversar sobre las mismas en un formato de grupo de reflexión.

Sesión 6 Historia familiar y actual

En esta sesión se solicitará a los padres, madres y cuidadores una hoja con sus reflexiones, siguiendo a Arrubarrena, de Paúl y Torres (1996) durante estas sesiones del programa de intervención psicológica desde la perspectiva ecológica, es importante recabar la siguiente información para conocer la estructura familiar:

- 1.- Elaboración de un familiograma: Para conocer a los miembros de la familiar y sus relaciones.
- 2.- Determinación del ciclo vital: Destacando situaciones y dificultades significativas.
- 3.- Situación laboral actual
- 4.- Situación económica de la familia
- 5.- Nivel educativo (pp. 284- 285)

Para ello, los padres, madres y cuidadores realizarán equipos de trabajo para poder juntos determinar la situación de contexto que presentan actualmente y puedan reconocerse como un grupo de padres, madres y cuidadores que probablemente tengan algunas situaciones parecidas y por tanto permitan la reflexión sobre otras formas de resolución ante diversas dificultades.

Sesión 7 Rol y parentalidad: Fortalezas y emociones

En esta sesión se pretende reconocer por medio de una carta dirigida a ellos (as) mismos (as) sus afectos, como han expresado sus emociones, las problemáticas que enfrentan en su parentalidad, las problemáticas cotidianas que tienen y la forma en que les gustaría poder comunicarse con sus hijos (as) para poder leerlas en el grupo y compartir.

Sesión 8 Informativa (Comunicación y relación con los otros)

Presentación de algunos elementos informativos por parte de la psicóloga sobre:

- La escucha como elemento de comunicación en las relaciones
- Necesidades del niño (a) de acuerdo a su edad de desarrollo
- Resolución de conflictos
- Empatía y asertividad

- Necesidades de seguridad
- La crianza: límites, disciplina, apego

Sesión 9 (Conceptos MI y DI)

En esta sesión se trabajarán aspectos reflexivos mediante una lluvia de ideas sobre lo que consideran es el maltrato infantil y la depresión como aspectos a abordar y reflexionar. Considerando que son las emociones, como se sentían de niños al poder expresar sus emociones, como respondían sus padres, madres y familias a sus deseos y formas de crianza.

Además se compartirá una sesión informativa sobre algunos conceptos de la MI y la DI, como se considera, que implicaciones tiene, mitos sobre la crianza, relaciones de apego y la importancia de los aspectos sociales, individuales y familiares en el entorno de crecimiento de un niño (a).

Se finalizará con una carta donde expresen como creen que sus hijos (as) se sienten en este momento.

Sesión 10 (Convención de los derechos de los niños y niñas)

En esta sesión se darán a conocer los elementos sobre la *Convención de los derechos de los niños*, con sus cuatro ejes fundamentales: la no discriminación, el interés superior del niño, el derecho del niño (a) a la vida, la supervivencia y el desarrollo y finalmente el respeto por las opiniones del niño (a).

Sesión 11 Redes de apoyo: Familia, escuela, vecinos, comunidad.

Se tratará de distinguir mediante un grupo de reflexión con que personas cuentan como redes de apoyo, además de compartir espacios de acompañamiento institucionales que pueden apoyarles

en situaciones específicas de violencia, MI, acompañamiento psicoterapéutico etc. Reconociendo las capacidades y fortalezas de los hijos (as), las de ellos (as) mismos (as) y las redes de apoyo y contacto social, institucional y comunitario.

c) Fase de cierre con padres, madres o tutores. Proyecto de vida y familiar

Sesión 12

Se realizará una evaluación por parte de los padres, madres y cuidadores sobre cómo se sintieron en el proyecto de intervención, además de indagar sobre algunas posibilidades de cambio en sus dinámicas familiares.

Conclusiones

De acuerdo con los objetivos planteados de esta investigación que fue diseñar un programa de intervención psicológico desde una perspectiva ecológica para un grupo de niños (as) que presentaran indicadores de MI y DI, se presentan las siguientes conclusiones.

El proyecto de intervención psicológica desde una perspectiva ecológica tiene la finalidad de considerar tanto a los niños (as) como a sus familias en la propuesta. Por lo que, tiene apartados que son dirigidos a padres, madres, cuidadores ya que es vital su acompañamiento en todo proceso de depresión infantil como lo refiere Bonet, Fernández y Chamón (2011)

“El papel de los padres en el tratamiento (si están en condiciones de hacerlo) es esencial: aportan información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación. Además, pueden actuar como agentes de cambio terapéutico, facilitando la realización de determinadas tareas indicadas en las sesiones de tratamiento psicológico.” (p.475)

Contemplar a los padres, madres y cuidadores en el diseño del programa de intervención permite abordar la problemática del MI y DI de manera integral. A su vez el diseño partió de los resultados obtenidos del Inventario de Depresión en CDI, Kovacs (2002) y el Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011) lo cual permitió determinar indicadores del MI y DI. La interpretación de las pruebas no paramétricas fue realizada a partir de una comparación entre dos muestras independientes para variables nominales o categóricas sin una distribución normal mediante el paquete estadístico SPSS 24.0.

Dentro de los aspectos contemplados en el diseño del programa de intervención se observaron diversas cuestiones como los analizados en el Manual de Codificación de los Estudios de Alcázar, Sánchez y López (2010) “Así, se registraron varias variables relacionadas con las características de los tratamientos aplicados: (a) el tipo de tratamiento; (b) el foco del tratamiento (dirigido solo al menor, a la diada menor-tutor o a la familia); (c) la homogeneidad del tratamiento; (d) el modo

de tratamiento del menor (grupal, individual, mixto); (e) el modo de tratamiento de los padres; (f) la formación de los terapeutas del niño y de los padres; y (g) la duración del tratamiento.” (p.628) En este caso, considerando a los padres, madres y cuidadores, el niño (a), el papel del terapeuta y co-terapeuta, y un diseño de intervención breve pero intensivo, dada la complejidad del MI y DI.

Entre los resultados encontrados se observaron diferencias significativas en los reactivos: *me molesta que me abracen, me porto mal, me pongo triste, agarro cosas que no son mías, como mucho, lloro todo el tiempo y me castigan sin razón* entre otros. Estos aspectos se han relacionado ampliamente en la literatura sobre la problemática de la MI en relación a las repercusiones y la atención integral que debe recibir todo niño (a) en México ante este panorama, según Loredó et al. (2010) señala entre los indicadores:

“Pensamientos: Baja autoestima, visión negativa de la vida, síntomas de ansiedad y depresión, e ideas suicidas.

Salud emocional: Inestabilidad emocional, rasgos de personalidad *borderline*, falta de respuestas emocionales apropiadas, déficit en el control de impulsos, ira, conductas autolesivas, trastornos de alimentación y abuso de sustancias. Habilidades sociales: Conducta antisocial, problemas de vinculación afectiva, competencia social limitada, falta de simpatía y empatía, aislamiento social, dificultad para ajustarse a las normas, mala adaptación sexual, dependencia, agresividad, violencia, delincuencia o criminalidad.

Aprendizaje: Bajo rendimiento escolar, dificultad del aprendizaje y dificultades en el desarrollo moral.

Salud física: Quejas somáticas, estado pobre.” (p. 69)

Por tanto, el diseño del proyecto de intervención contempló las áreas más significativas que correspondieron al área familiar y social entre algunos aspectos escolares. Y relacionadas con las habilidades sociales, aspectos y dificultades: emocionales, de vinculación afectiva, aprendizaje, para ajustarse a las normas sociales e indicadores de depresión relacionada al maltrato infantil, lo cual implica una estrecha relación entre la revisión teórica y los resultados obtenidos por lo que es significativo en tanto los aspectos cuantitativos y cualitativos del proceso.

Este trabajo permitió contemplar aspectos muy específicos de la particularidad de la problemática de la MI y la DI. Por ello, cabe destacar que la información sociodemográfica recabada sobre los niños (as) fue limitada, por lo que, sólo se conoce que la media de edad fue de 9 años, además de tener una prevalencia (en cuanto al sexo) sobre niñas, y referir vivir con ambos padres en el caso de los niños (as) en primaria. Mientras los niños (as) en situación de la casa hogar contestaron que el 50% vivía con sus padres y madres, lo cual resulta significativo en tanto se continúa con una expectativa y fantasía en cuanto un lugar en compañía de figuras que sean sus cuidadores, permite seguir pensando el papel primordial que tienen los padres, madres o cuidadores en la vida de todo niño (a).

A su vez, dentro del análisis se encontró que la mayoría de los niños (as) estaba en custodia legal de la casa Hogar dado que fueron víctimas de MI y únicamente el 23.3% son niños y niñas que fueron remitidos a una casa hogar para su estancia definitiva y no serán regresados a sus hogares.

Estas particularidades son importantes de señalar debido a que toda la información se consideraba como confidencial y sólo pertenecía a la institución, por lo cual, no hubo acceso a los expedientes y se desconoce si hay historias clínicas de los niños (as). Además de que la casa hogar no cuenta con espacios de atención psicológica, médica, ni de Trabajo Social. Las cuidadoras de esta asociación trabajaban apoyando actividades académicas como la realización y acompañamiento de las tareas escolares de los niños (as).

En el contexto de la primaria, el trabajo solo se limitó a la gestión y aplicación de los instrumentos: Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1) Ampudia (2011) y el Inventario de Depresión Infantil Kovacs (2002) además de los datos sociodemográficos explicados con anterioridad, esto por cuestiones de tiempo dentro del programa de maestría, por lo que se

sugiere dar continuidad al proyecto en tanto su aplicación para observar y evaluar el impacto del mismo.

Asimismo se sugiere explorar en otras investigaciones las variables del MI y DI en cada grupo en el que se pueda aplicar el programa en un futuro para poder relacionar su impacto y singularidades. Además del impacto que pueda tener a nivel individual, familiar y social.

Finalmente, la investigación fue adecuada para los objetivos planteados ya que permitió desarrollar una propuesta de intervención psicológica desde la perspectiva ecológica ya que a partir de estos se elaboraron los apartados y aspectos a desarrollar en el diseño, por lo que se contempla en otro momento realizar la aplicación del mismo y llevar a cabo la respectiva evaluación de la propuesta para su mejora.

Referencias

- Alcázar, Sánchez y López (2010) *Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis* Psicothema 2010. Vol. 22, n° 4, pp. 627-633
Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3777.pdf>
- Ampudia, R. A., Santaella H. G. y Eguía, M. S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: UNAM, Facultad de Psicología: Editorial El Manual Moderno.
- Ampudia, R.A. (2007). *Cuestionario sociodemográfico para menores maltratados (CSDMM)*. Proyecto de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT (No. IN302706-2-2)
- Ampudia, R.A. (2011) *Cuestionario de Comportamiento para niños (FORMA A1)* Proyecto de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT (No. IN302706-2)
- Ampudia, R.A. (2009) *Cuestionario de Comportamiento para niños (CDI) Modelo de atención para la Prevención, Evaluación y Tratamiento del Maltrato Infantil* PAPIIT IN (307 309-02)
- Ampudia, R. A., Jiménez, G. F. y Sánchez, C. G. (2010). *Validación de un instrumento para detectar indicadores de Maltrato Infantil*. XVIII ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect. September, Honolulu, Hawai'i, USA.
- Ampudia, R. A., Jiménez, G.F. y Sarabia, M.N. (2009). *Alteraciones emocionales en menores maltratados*. Simposio: Identificación de factores de riesgo del maltrato infantil. XXXII Congreso Interamericano de Psicología. Junio y Julio, Guatemala.
- American Psychological Association (2002). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (5 ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

- Arruabarrena, M^a. I., (1999). *Maltrato a los niños en la familia evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, p. 29-35. Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/arruabarrenacorregido.pdf>
- Arruabarrena, M^a. I., de Paúl, J. y Torres, B. (1996) *El Maltrato Infantil: Detección, Notificación, Investigación y Evaluación*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5®)* España: Editorial Arlington
- Barudy, J. (1998) *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós
- Bella, M.E., Fernández, R.A., Willington, J.M., (2010), *Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes*. Arch Argent Pediatr. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n2/v108n2a06.pdf>
- Bleichmar, H. (1980) *La depresión un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Bleichmar, S. (1993) *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Bravo C., C., (2008) *Menores víctimas de violencia de género: experiencia de intervención en un centro de acogida para familias víctimas de violencia de género*, Intervención Psicosocial, vol. 17 n. ° 3 p. 337-351 Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n3/v17n3a09.pdf>
- Bringiotti, M.I. (1999), *Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil*. Madrid: Miño y Dávila Editores
- Bonet, Fernández y Chamón (2011) *Revista Pediatría de Atención Primaria* Vol. XIII N° 51 Julio septiembre 2011 Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n51/colaboracion.pdf>

- Brofenbrenner, U. (1979) *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano*.
Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1981), *Cuidado Maternal y amor*. México: Fondo de Cultura Económica
- Buck; J.N. y Warren; W.L (1995), *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P*. Editorial Manual Moderno
- Burin, M. y Bleichmar, e.d. (comp.) *Familia e inconsciente*. Buenos Aires: Paidós
- Centro de Estudios para el Adelanto de las mujeres y la equidad de género. *Información estadística y cualitativa sobre violencia en la niñez y en la adolescencia (delitos sexuales) en las entidades federativas* p.14 Recuperado de www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/327430/.../IEC_SVNAD.pdf
- Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. (2007)
Madrid: Médica Panamericana
- Cirillo; S. y Di Blasio; P. (1991), *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Cobo, C.; (1992), *La depresión infantil del nacimiento a la adolescencia*. España: Temas de Hoy
- CONAPRED (2010) *Resultados sobre niñas, niños y adolescentes*. Civil. Recuperado de http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte_2012_ProcesoCivil.pdf
- CONAPRED (2010) *Resultados sobre niñas, niños y adolescentes* Recuperado de <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-NNyA-Accss.pdf>
- Corsi, J. comp. (1994) *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. México: Paidós

- Corsi, J. comp. (2003) *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós
- De Paúl, O.; J. y Arrubarrena, M., M.I. (1996). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson
- Del Barrio, V. (2007) *El niño deprimido. Causa, evaluación y tratamiento*. España: Ariel
- De Gomel, S. K. & otros. *Familia e inconsciente*. Paidós: Argentina
- Dolto; F. y Nasio; J.D. (1987) *El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico*. Gedisa: Argentina.
- Dolto, F. (1997); *Trastornos en la infancia. Reflexiones sobre los problemas psicológicos y emocionales más comunes*. Barcelona: Paidós
- Echeburúa y de Corral (2006) *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. CuadMed Forense; 12(43-44). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- Fletcher, Jason M. (2009). *Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression*. Social Science & Medicine. Vol. 68(5). p. 124-129. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/19155114>
- Freud, A. (1992 a); *Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño*. Paidós: Barcelona
- Freud, S. (1992 b); *Movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre Metapsicología y otras obras (1914-1916)* Vol. XIV. Amorrortu: Argentina
- García D.; N. y Noguero, N.; V. (2007). *Infancia Maltratada. Manual de Intervención*. Madrid: EOS, Psicología Jurídica.
- Gómez P., Eva y de Paúl J. (2003). *La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones* en *Psicothema*. Vol. 15, nº 3, pp. 452-457 Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1087.pdf>
- González, F. C., Ampudia, R. A. y Guevara, B. Y. (2012) *Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados*. Acta Colombiana de

Psicología, 15(2), p. 43-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79825836008>

Guía de práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009). Versión resumida. España: Avalia-t

Hernández, J.M. (2005), *La intervención ante el Maltrato Infantil: Una revisión del sistema de protección*. Madrid: Ediciones Pirámide

Huizinga, J. ; (2007) *Homo Ludens*; Alianza: España

Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez (2010); *Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor*. p. 317-324, Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000400003&script=sci_arttext

Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002) Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (INEGI, 2008) Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/sem08/default.htm>

Klein, M. (2013) *Amor, culpa y reparación 1*. Obras completas. México: Paidós

Klein, M. (2008) *El Psicoanálisis de niños 2*. Obras completas. México: Paidós

Klein, M. (1988) *Envidia y Gratitud y otros trabajos 3*. Obras completas. Barcelona: Paidós.

Klein, M. (2012) *Relato del psicoanálisis de un niño 4. La conducción del psicoanálisis infantil ilustrada con el tratamiento de un niño de diez años*. Obras completas. México: Paidós

Kovacs, M. (2002) *Inventario de Depresión para niños*. Multi Health Systems: Canadá

Lang, M. y Tisher, M. (2003). *Cuestionario de Depresión para Niños CDS*. Manual Madrid: Ediciones Tea

Lebovici et al. (2006) *La psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI

- Loh, S. F., Maniam, T., Tan, S. M. K., Badi'ah, (2010). *Childhood adversity and adult depressive disorder: A case-controlled study in Malaysia*. East Asian Archives of Psychiatry. Vol. 20(2), 87-91. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22351814>
- Loredo, A. (1994). *Maltrato al menor*. México: Nueva editorial interamericana
- Loredo et al. (2010) *Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58220040009.pdf>
- Marcovich, J. comp. (1978) *El Maltrato a los hijos. El más oculto y menos controlado de todos los crímenes violentos*. México: Editorial Edicol
- Michaca, P. (1987) *Desarrollo de la Personalidad. Teorías de las relaciones de objeto*. México: Pax
- Morelato, Gabriela (2011); *Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico*. Revista de Psicología Vol. 29 (2), Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v29n2/a01v29n2.pdf>
- Motta S., L.M. (s.f.) Protocolo de intervención psicológica para niños con diagnóstico de depresión infantil (DI) Recuperado de <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2324/2/Prpt%20de%20Inter.pdf>
- Morrison, James, (2015) *Guía para el diagnóstico clínico DSM-5*, México: Manual Moderno
- Núñez, R., H. P., Monge R., R., Gríos D., C., Elizondo, A. y Rojas C., A. (2003). *La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica*. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n2/a01v14n2.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud (1999) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summaryes.pdf
- Pereira V, C. y Martínez, B. A. (s.f.) *Programa de disminuir indicadores de depresión mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento*. Universidad Católica Boliviana Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v2n1/v2n1a6.pdf>
- Polaino-Lorente, A., Domenech Llaberia, E., García. Villamisar, A., Ezpeleta Ascaso (1988), *Las depresiones infantiles*, Madrid: Morata.
- Rodríguez Ávila J. y Ortíz Ramírez, M. (s. f.) *Depresión Infantil*. Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa- UAEH N° 6 Recuperado de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._6.pdf
- Segal, H. (2012) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. España: Paidós
- Segal, H. (1979) *Melanie Klein* Fontana: William Collins Sons&Co. Revisión técnica
- Sepúlveda G. de la Torre, A. (2006) *La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil* Cuad Med Forense; 12(43-44) Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn/n43-44/11.pdf>
- Soriano, F. F., (2009). *Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud*, Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen XI. Número 41 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638710008.pdf>
- Spitz; R. A., (1979). *El primer año de vida del niño*, México: Fondo de Cultura Económica
- SSA, (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. SSA, México.

- Soutullo, C. (2005); *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. España: Universidad de Navarra
- Trenado, R., Pons-Salvador, G., Cerezo, M.A. (2009) *Proteger a la infancia: Apoyando y asistiendo a las familias*, *Papeles del Psicólogo*. Vol. 30(1), pp. 24-32 Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Prevencion_infancia_familias.pdf
- Trianes, M. V. y Gallardo, J. A (1997). *Influencia del sexo y la edad en las repercusiones psicológicas de los niños maltratados físicamente*. *Psicothema* 9 (3). Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/119.pdf>
- Ulloa F., R.S., de la Peña-Olvera, F. y Nogales I, I. (2011) *Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión*, *Salud Mental*; 34, p. 403-407 Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n5/v34n5a2.pdf>
- Zelaya, González y Piris (2009) *Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Nú”*. *Scielo* 3 (3) Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v36n3/v36n3a03.pdf>
- Zubizarreta, I., Sarasua, B. Echeburúa, E., de Corral, P., Sauca, Emparanza, I. (1996). *Personalidades Violentas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Anexo Formato observacional

Fecha de sesión _____

Nombre del terapeuta _____

Nombre del niño (a) _____

Espacio de observación (hora de juego-recreo)	Temáticas centrales (aspectos relevantes del niño (a) en el tiempo observado)	Materiales que fueron de su interés	Personas con las que se relaciona y cómo se relaciona