
ESTUDIO EXPLORATORIO DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 8 A 16 AÑOS CON MALTRATO INFANTIL EN LIMA SUR*

Paola del Carmen Novoa Ramos

Resumen

Se trabajó con una muestra conformada por 80 niños adolescentes de 8 a 16 años, de ambos sexos que asistieron al Módulo de Atención al Maltrato Infantil Mamis; de Lima Sur; utilizando el cuestionario de depresión para niños (CDS).

Abstract

A sample of 80; 8 to 16 year-old teenager children from both sexes, was selected for the study using the questions for children depression (CDS). They were treated in The Children abuse Office of Lima.

PALABRAS CLAVES: Depresión, Maltrato infantil

KEY WORDS: Depression, Child abuse.

Datos de la Autora:

PAOLA DEL CARMEN NOVOA RAMOS. Psicóloga Licenciada en UNIFÉ (2000).

* Investigación de Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología, UNIFÉ (2002)

I. INTRODUCCIÓN

El Maltrato infantil y las diferentes modalidades de castigo a los niños y adolescentes ha constituido en los últimos años un problema social. Deja de ser un problema de los ámbitos privados o más relacionados a pautas culturales, para convertirse en un problema de todos. Esto lo decimos por las implicancias no solamente psicológicas y familiares que estos hechos denotan sino que comprometen a la comunidad en su conjunto por la magnitud del fenómeno, por los niveles de sufrimiento a que son sometidos las “víctimas” y su entorno y la mayor frecuencia con que esto ocurre.

Cuando se menciona los términos maltrato infantil, en la mayoría de los casos acude a nuestra mente el abuso físico y estas palabras van más allá, porque encierran también otros tipos de maltrato como: Abuso sexual, el descuido o abandono, el abuso laboral y la privación psicoafectiva que dejan huellas imborrables en el que las sufre.

En nuestro país se está hablando del menor abusado y maltratado desde hace varios años y se están tomando medidas para detectarlos, pero se sabe que esta entidad se incrementa día a día como una respuesta a la crisis social y económica que vive el país. Esta violencia ejercida sobre la población infantil, que es indefensa, causa un dolor profundo y una incompreensión hacia los agresores. Pero las causas son muchas, con diferentes orígenes y controlarlo es casi imposible a menos que se inicien programas eficaces y de larga duración que tengan como meta la prevención y detección precoz de los niños en riesgo de ser maltratados para ingresarlos juntamente con su agresor a programas de rehabilitación, educación y capacitación.

Es decir, hay un pasaje ideológico entre un menor objeto de intervención paternalista del Estado que reprimió aisló y estigmatizó a numerosos niños y adolescentes que no poseían las condiciones elementales de una vida digna, reforzando el control social y construyendo, el concepto de “niño pobre abandonado, peligroso en riesgo, sin futuro” a una concepción que intenta unificar el universo de la infancia responsabilizando al estado de la negación de derechos, desde los más esenciales a los culturales y, en especial, la promoción de la condición de SUJETOS-CIUDADANOS.

Se quiere, con esta investigación, aportar un poco más de conocimientos a todos los que trabajamos con la población infantil para aliviar sus sufrimientos y llevar alegría a su corazón.

2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1. MALTRATO

2.1.1. Definición.

El término malos tratos, hace referencia a la agresión física. En ocasiones se hace extensivo a la falta de cuidados físicos necesarios, al abuso sexual y al abuso emocional.

También delimitan el concepto, la intencionalidad del adulto que provoca el sufrimiento infantil, la gravedad de la lesión o el abandono y la desviación de los estándares sociales de cuidados infantil.

De forma sencilla podemos decir que un niño/a sufre maltrato cuando se le causa daño de una forma no accidental o cuando no recibe atención y cuidados que necesita para crecer y desarrollarse.

En 1974 y ante un cúmulo de definiciones el acta para la prevención y tratamiento del maltrato infantil trata de definir el maltrato y abandono como “el daño físico o mental, el abuso sexual o el tratamiento descuidado a un niño menor de 18 años por parte de una persona responsable de su bienestar en circunstancias tales que indican que la salud o bienestar del niño está dañados o en peligros de serlo”.

Por otra parte los diferentes tipos de maltrato son dispares en su etiología, secuelas y tratamiento. Este problema ha sido abordado desde diferentes disciplinas, legales, psicológicas, sociológicas, asistenciales lo que explica la diversidad de criterios en su definición.

2.1.2. Antecedentes Históricos

El Maltrato Infantil es un fenómeno histórico que ha cambiado de dimensión de acuerdo con la cultura y con las nuevas situaciones vividas por el ser humano. Si se hace un poco de historia, desde los tiempos bíblicos los niños han sido depositarios de diferentes formas de perversión humana. Los deformes, incapacitados, los más débiles, fueron en algunos casos sutilmente “alejados” de la sociedad, en otros legalizando y justificando hasta la muerte este castigo divino de ser diferentes. Culturas como la Azteca, que en sus templos y ritos sacrificaban niños; los griegos con sus niños deformes, los arrojaban desde el Monte Talgeto y es importante mencionar la matanza de todos los lactantes y primogénitos por parte de Herodes.

Recorriendo la historia observamos que los niños fueron un instrumento de trabajo como así también de diversión, a tal punto se justificaban este tipo de conductas que para lograr este objetivo eran sometidos a las disciplinas más estrictas o a las descalificaciones más absurdas.

Según De Mause (1974) “la historia de la infancia es una pesadilla que estamos empezando solo recientemente a despertar. A medida que se retrocede en el estudio de la infancia es más fácil encontrar niños que son asesinados, abandonados, maltratados, aterrorizados o sometidos a diferentes tipos de abuso”.

“La concepción del niño como un adulto en miniatura vigente en los siglos XVI - XVII permitió la explotación infantil y la exigencia exagerada hacia los niños, la idea de la maldad innata, el pecado hereditario, justificaban el castigo despiadado en aras de la moralidad y de la destrucción de la perversidad”. (Dolto, 1985)

“De la Edad Media a la Edad Clásica el cuerpo del niño es verdaderamente encarcelado, ocultado. Se le descubre para zurrarlo, para golpearlo. Lo cual debía ser una terrible humillación porque se trataba de las partes que debían quedar ocultas. Sólo cuando los pintores italianos o flamencos representaban al niño desnudo, se lo utilizaba como un símbolo, es decir como un angelito” (Dolto, 1985).

También por esta época el niño disfrazado de adulto es constante en la pintura. Esto es visible en un grabado de Durero que representa a un niño de condición humilde cuyos rasgos son los de un anciano.

“En cuanto a la literatura, la picaresca española con *El Lazarillo de Tormes* sirve como un buen ejemplo de lo que en el siglo XVI era la infancia en situación de desprotección. Muerto su padre cuando Lázaro tenía 8 años, su madre lo emplea como guía de un ciego poco tiempo después. Este trabajo lo alejó del hogar y a partir de ahí, el autor anónimo de *El Lazarillo* teje un auténtico manual de las más diversas formas de maltrato infantil, maltrato físico, negligencia, mendicidad, maltrato psicológico, abuso sexual, corrupción, etc. La novela describe además estas diversas formas de maltrato con la misma divertida naturalidad empleada para retratar otras situaciones tragicomedias de la narrativa.” (Ochotorena, 1996).

El maltrato a la infancia no sólo está representado en la literatura escrita sino y muy ampliamente en la tradición oral, a través de dichos y refranes, como por ejemplo:

- “La letra con sangre entra”.
- “Si criaste y no castigaste malcriaste”.
- “No hay más razón que la del bastón”.
- “Más vale un buen castigo que un buen vestido”.
- “Quien bien te quiere te hará llorar y quien mal, reír y holgar”.

Muchos de estos refranes se originaron en la edad Media y fueron transmitido por los juglares y han permanecido en el uso hasta la actualidad. Naturalmente el castigo físico no era percibido como una forma de maltrato, sino como una adecuada forma de educación y crianza. Es más el castigo era considerado como una forma de demostrar el cariño y la preocupación por el niño.

Todas estas referencias tanto de la literatura como de la pintura pretenden destacar que lo que hoy consideramos como maltrato o desprotección ha sido históricamente percibido como formas normales, adecuadas y hasta de relacionarse con los niños y educarlos.

Un hito fundamental justamente al respecto del niño como ser humano pasible de derechos, lo representa el célebre caso de la niña Mary Allen, quien en el año de 1874, fue encontrada por un trabajador social encadenada, abandonada y desnutrida, en la ciudad de Nueva York. Como en ese entonces no había una ley que considerase un delito el maltrato infantil, el juez que intervino en la causa aplico la Ley de Protección de Animales, ubicando a la niña en un lugar sustituto alejándola de sus padres maltratadores.

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868, por el patólogo francés Ambrosio Tardoes, al descubrir autopsias de 32 niños muertos por golpes y quemaduras.

En 1946 J. Caffey describe un cuadro clínico en los que observa la presencia de hematoma subdural y fracturas múltiples sin una explicación clínica aparente.

Siete años después, F. Silverman reconoce que los causantes de los traumatismos podrían ser los padres por actitud negligente o descuido, o por agresión deliberada; aunque ellos negaran toda culpabilidad atribuyendo las lesiones a causas accidentales, a este cuadro se le denominó “Trauma insospechado de origen desconocido”.

En 1962, Henry Kempe, MD. Pediatra, expone ante la Asociación Americana de Pediatría, el síndrome del niño apaleado (Battered Child), enfatizando que debe darse como una patología más en pediatría. Vincent Fontana MD. Pediatra integra el nombre de “Síndrome del Niño Maltratado”; y lo define como cualquier acto que impide deliberación, omisión o negligencia, procedente de personas, instituciones e incluso sociedades, que prive al niño o a la niña de los derechos e interfiera en su óptimo desarrollo.

El síndrome del niño Maltratado aparece recientemente y a pesar de haber sido largamente descrito y reevaluado, tiene un interés marginal en los criterios de la nomenclatura médica mundial, pues pese a su reconocimiento por la OMS como entidad diagnóstica en 1979 (ICD-9) y en la última versión de su clasificación internacional de enfermedades (ICD-10) figura relegado al código T74.

Muchas de las medidas de protección social de la infancia en situación de riesgo tienen un origen muy reciente. Alrededor de la década de los setenta, se comienza a revisar toda la legislación referente al tema, donde le cupo una instancia fundamental a la participación de entidades científicas vinculadas a la pediatría con trabajos especialmente de documentación radiológica de las lesiones producidas por el maltrato.

Podemos señalar como un avance significativo en los tiempos actuales los cambios de paradigma producidos en la concepción de la infancia y la intervención en esta problemática. Se intenta superar el estereotipo en situación irregular a la de protección integral del niño y del adolescente.

2.1.3. Etiología

El maltrato infantil está relacionada con la agresión, negligencia o abandono de los niños por parte de los padres, tutores, cuidadores, acudientes o cualquier otra persona, produciéndoles lesiones físicas, emocionales o cualquier otro daño personal incluyendo la muerte.

Por esto una calificación práctica de factores de riesgo sería:

1. Individuales
2. Familiares
3. Sociales

2.1.3.1. Individuales (Padres y Tutores)

Estas personas maltratadas, tienen historias de privación psicoafectiva y/o maltrato en la infancia, pueden ser individuos desadaptados, frustrados o con componentes psicóticos o neuróticos; además si hay consumo de drogas o alcohol se favorece más el abuso al menor.

2.1.3.2. Familiares.

Una de las causas más comunes de maltrato son los hijos no deseados, como también los hijos extramatrimoniales, los hijos de uniones anteriores; los padres adolescentes, por falta de madurez e ignorancia pueden descuidar al bebe y abandonarlo por lo que se convierten en una parte importante en la prevención. Las madres solteras pueden carecer de un factor de apoyo fundamental, dada su inestabilidad matrimonial y en la mayoría de los casos no establece vínculos básicos con su hijo.

Otros factores de riesgo familiar son las familias numerosas que tienen carencia de algún elemento básico para su sostén, la desintegración familiar sea por la crisis económica o de relación; la inestabilidad en el hogar, el hacinamiento, las enfermedades crónicas de algún miembro de la familia, las familias que aceptan el castigo físico como parte en la formación disciplinaria del menor, y la explotación laboral del menor que es una de las utilizadas, en la que el menor vive en la calle con carencia de todos los derechos fundamentales.

2.1.3.3. Sociales

El maltrato a menores ocurre en todos los estratos sociales, pero es más frecuente en niveles inferiores poco reconocida en los estratos superiores porque se puede ocultar.

El castigo físico lo tienen como norma de educación algunas escuelas y se cree que es adecuado instrumento formativo, la disminución de la autoestima de los niños también es una forma de maltrato, ya que puede quedar marcado de por

vida por esa percepción negativa, la exhibición o burla de los compañeros y los malos tratos y comparaciones tales como: insoportable, retardado mental, bruto, animal, feo, contribuyen a la baja autoestima y si estos niños o jóvenes no reúnen las expectativas esperadas aun con mas razón son víctimas de la agresión física o de palabras no sólo por el profesor sino por los padres o abuelos, y quien sabe que otro agresor más.

Hay niños con déficit de atención e hiperactividad, son los números uno en recibir toda clase de maltratos, ya que los profesores o aun los padres desconocen esa patología.

La presencia de uno o más factores de riesgo debe alertar al médico o psicólogo por la posibilidad de encontrarse a un niño maltratado.

Cuadro N° 1

Factores de Riesgo por maltrato en niños y adolescentes de Lima Sur

- Embarazo no deseados.
- Intento de aborto.
- Gestación mal controlada.
- Multipariedad.
- Pobreza.
- Aislamiento Social o Familiar.
- Madres solteras.
- Sexo neonatal diferente al esperado.
- Niño enfermo (prematuro, malformado, retardo mental).
- Niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Niños con familias sustitutas.
- Padres alcohólicos o drogadictos.

2.1.4. Clasificación

2.1.4.1 Maltrato Emocional

Situación que se produce cuando se hiere a un niño o niña de forma verbal, mediante burla, insulto, desprecio, amenaza o impidiendo sus iniciativas de

interacción social. Los niños son desprovistos de sentimientos de amor, afecto o seguridad.

Se debe tener presente que hay maltrato emocional en todas las formas de abuso físico y sexual, resultando que las consecuencias emocionales pueden perdurar y ser transmitidas de generación en generación como una relación confusa y destructiva con las otras personas o consigo mismo.

El menor abandonado o descuidado sufre también una privación psicoafectiva con huellas indelebles de por vida, cuya recuperación, si es que se logra, es supremamente lenta, convirtiendo a este menor en una persona adulta muy susceptible con alto riesgo de alteraciones comportamentales.

Según Garbarino, Guttman y Seeley se considera maltrato emocional o psicológico cuando los adultos significativos son incapaces de proporcionar el cariño, estimulación, apoyo y protección necesarios para el niño en sus diferentes estadios del desarrollo y que inhiben su funcionamiento óptimo.

Auccapoma (1996) cita a Garbarino que considera que el maltrato puede tomar la forma de:

- **Rechazo:** El adulto evita y rechaza el reconocimiento de la presencia del niño y la legitimidad de sus necesidades.
- **Aislamiento:** El adulto niega al niño la posibilidad de experiencias sociales normales, le prohíbe formar amistades y le hace creer que se encuentra solo en el mundo.
- **Ignorar:** El adulto priva al niño de la estimulación esencial y coartar el crecimiento y desarrollo emocional.
- **Aterrorizar:** Se insulta verbalmente al niño, se crea un clima de miedo, se lo asusta y se le construye en él la creencia de que el mundo es hostil y agresivo.
- **Corrupción:** El adulto altera la socialización del niño, lo estimula a iniciar conductas destructivas y antisociales refuerza esas desadaptaciones y le hace imposible al niño el encontrar una experiencia socio emocional.

2.1.4.2. Maltrato Físico

Es aquel que atenta contra la integridad física en el cuerpo del recién nacido, lactante menor o mayor, preescolar, escolar o adolescente, en una o varias ocasiones ya sea con golpes (bofetadas o puño) o algún otro elemento, es la acción intencionada de un adulto por la que se causa daño físico o enfermedad al niño/a. Las secuelas de este tipo de maltrato suelen ser evidentes y producen injurias en el organismo (golpes, palizas, quemaduras, hematomas, arrancamiento de cabellos, cortes, estrangulamiento, etc.) llegando al extremo en algunos casos de producir la muerte.

Según Smith lo define como “las diferentes formas de tratar al niño/a que no son consideradas como razonables por la sociedad a la que pertenecen sus padres”.

Es importante señalar el aspecto de la intencionalidad que agrega Parker y Collmer al momento de efectuar el tratamiento, las diferencias existentes entre uno y otro caso.

El Maltrato Físico es cualquier ejemplo claro de incidente en los cuales el niño ha sufrido traumatismo por cualquier adulto en el hogar, de una gravedad tal que es significativa desde el punto de vista médico o que incluye formas de violencia que son anormales en la subcultura en cuestión. Sin embargo puede considerarse que ha ocurrido maltrato físico cuando:

- El castigo ha sido lo suficientemente grave para dar lugar a desgarramiento, fractura, dislocación de las articulaciones o equimosis marcada.
- El castigo ha incluido golpear al niño con implementos duros o agudos como palos o cinturones de hebillas.
- El castigo ha incluido una pérdida clara y grave del control, según queda demostrado al lanzarlo contra una pared o empujarlo por las escaleras etc.
- La violencia ha incluido formas extrañas e inadmisibles del trauma físico, según queda demostrado por quemaduras o escaldaduras en el niño, estrangulamiento, asfixia y negligencia.

2.1.4.3. Abuso Sexual

Es una forma de maltrato físico y psicológico en cual un adulto usa su poder y fuerza sobre el niño/a para poder someterlo a un acto sexual u otro análogo.

Se conoce como abuso sexual el solo hecho de inducir a un niño a actividades sexuales aun sin comprenderlas, o para las cuales no puede dar su consentimiento, no se requiere que exista contacto físico y también el niño puede ignorar que se esté abusando de él.

En un alto porcentaje de los casos, el abuso sexual se da en la familia, el abusador es conocido llegando a la casa y ejerce relación de poder lo que hace que el niño oculte el acontecimiento (padre, madre, tío, amigo de la familia, profesor, padrastro o un pariente, no necesariamente es un delincuente, puede ser muy respetado y admirado por la familia).

La forma más grave de abuso sexual es el incesto que la mayoría de las veces compromete al padre o padrastro y a la hija, con la tolerancia de la madre, en estos casos impera el código del silencio siendo el mayor inconveniente ya que si agregamos que en la mayoría de los casos no hay signos externos de agresión, no se piensa en ese diagnóstico.

Esta definición incluye 2 grandes conceptos: el de **coerción** (fuerza física, presión y engaño) y **asimetría** (esta impide la libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común).

Hay que tener en cuenta que hay un grupo de menores ejerciendo la prostitución y esto incluye abuso sexual, explotación laboral con maltrato físico y emocional.

2.1.4.4. Maltrato por negligencia.

Es una situación muy frecuente y está asociada a la irresponsabilidad paterna o la falta de preparación de los padres para el cumplimiento de sus deberes.

También se produce cuando los adultos responsables de la atención y cuidado de un niño/a a pesar de disponer de los medios necesarios, desatienden las necesidades básicas de alimentación, educación, vestido, seguridad, asistencia médica, educación y afecto de forma temporal o permanente.

2.1.4.5. Maltrato o Abuso institucional.

Fue definida por el Comité de Maltrato Infanto Juvenil de la Sociedad Argentina de Pediatría como “la adopción y/u omisión culposa de normas, técnicas,

procedimientos o cualquier tipo de acciones por parte de las instituciones públicas o privadas que impliquen algún riesgo físico o emocional, para el niño o adolescente confiados a su cuidado”.

Se asume entonces, quizá por primera vez, dentro de un grupo de estudios como el referido, que es necesario introducir una nueva entidad “victimizadora” con perfiles variados, pero no por eso menos traumatizantes, sobre una franja con elevados factores de riesgo -por su indefensión- como es la infanto-juvenil.

De esta forma, a las ya conocidas clases de maltrato infanto juvenil, donde el victimario señalado es alguno de los progenitores o encargados de su cuidado, aparece alguna institución pública o privada como responsable del ejercicio de la violencia.

Esta concepción permite ampliar el abordaje destinado a promover un encuadre adecuado del diagnóstico, de la terapéutica, de la prevención y de la rehabilitación, pero particularmente de iniciar acciones de control, respecto a las modalidades empleadas por adolescentes confiados a sus cuidados.

Todas ellas están integradas por personas y como tal deberán hacerse cargo individual y colectivamente de las decisiones adoptadas en desmedro de aquellos.

2.2 DEPRESIÓN

2.2.1. Definición

La depresión es un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de dignidad, de culpa. La misma lleva al que la siente a la soledad, la pérdida de motivación, el retraso motor y la fatiga. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación.

La depresión es una de las enfermedades más comunes a la que están sujetas las personas. La depresión puede ser un signo, síndrome o trastorno. Como signo la depresión se desarrolla en forma de aspecto triste (disforia) y es una de las emociones más comúnmente experimentadas desde la infancia hasta la vejez.

La depresión como síntoma es más intensa y prolongado e interfiere en el bienestar o en la adaptación del individuo. Cuando la depresión se le refiere como un síntoma o un trastorno no sólo incluye el humor triste que es intenso y prolongado sino también otros síntomas tales como la anhedonia, aumento o disminución del sueño, aumento o disminución del apetito, disminución de energía o fatiga, agitación o lentitud psicomotora, sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva, poca capacidad para concentrarse o pensar, pensamientos morbosos, ideas o intentos de suicidio.

La pérdida de un ser querido es por cierto una situación desfavorable (o también el enfrentamiento a situaciones que no afligen) pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena, se conoce como duelo; en algunos casos es considerado normal ya que se espera que ocurra dada una determinada situación.

2.2.2. Antecedentes Históricos

Los intentos más remotos para comprender científicamente la depresión datan desde Hipócrates (siglo IV a.c.) quien empleo el término genérico de MELANCOLÍA para estos síntomas de abatimiento, inhibición y tristeza. Para el la melancolía se debía a desequilibrios en la secreción de bilis negra.

Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservó o prácticamente intacta en la medicina occidental hasta el siglo XIX. Aunque el término de melancolía era la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra depresión se comienza a usar con frecuencia durante el siglo XIX y a principios del siglo XX se emplea con bastante regularidad (Bellock 1995). Las referencias sobre la depresión (llamada antiguamente melancolía) se han hecho más frecuentes, sobre todo desde el primer tercio del siglo XX (Polaino Lorente, 1988).

En el compendio de Psiquiatría de 1907 Augusto Vidal Pereyra se refirió a la melancolía y distingue 3 aspectos:

- Primero, plantea una versión global de la enfermedad.
- Segundo se refirió a la sintomatología de la persona melancólica.
- Tercero proporcionó una orientación terapéutica-pedagógica.

El concepto de depresión se introdujo, en el campo de la Psicología y pediatría en los años 30 la cual produjo una considerable literatura al respecto.

La teoría ego-psicológica de la depresión contempla a la depresión como el resultado que una persona advierte de que no es capaz de cumplir las aspiraciones que esperaba, sintiéndose fracasado se deprime.

Según la teoría de las relaciones objetales, la depresión proviene del fracaso del individuo en reconciliar sus buenos y malos sentimientos hacia su madre. La ambivalencia resultante produce culpabilidad y tensión y puede más tarde provocar depresión en el momento de perder algún objeto importante (una persona, status socioeconómico, la salud física o algún otro atributo).

2.2.3. Epidemiología y Prevalencia

Entre los síntomas psicológicos incluyen los cambios de ánimo, es decir, tristeza, la desdicha, la creciente melancolía y una marcada desesperación.

La agitación, el pensamiento y la actividad con objetivos determinados se tornan menos eficaces y finalmente cesa. Esta disminución gradual se observa en el proceso del pensamiento ya que formar una idea se vuelve difícil y el esfuerzo necesario para concentrarse o prestar atención a lo que pasa es cada vez más difícil. Se pierde el interés por actividades que antes resultaban ser interesantes.

La capacidad de atención y concentración se va reduciendo así como también el deterioro de la memoria. Además la persona se siente cansada, una laxitud que gradualmente se convierte en letargo que se manifiesta en el deseo de hacer físicamente cada vez menos hasta llegar al punto en que la persona solo busca estar sentado sin motivación alguna, este letargo físico puede estar acompañado de ansiedad o agitación o ambas.

La pérdida de la autoestima también se presenta ya que la persona ha perdido su efectividad funcionalmente física y por ello hay una pérdida inevitable de la seguridad que fácilmente se transforma en una pérdida de respeto por sí mismo.

Los delirios son las creencias irracionales cerradas, adquieren el carácter de profunda desesperación, desesperanza y autorreproches. Las alucinaciones son las experiencias sensoriales en ausencia de un estímulo apropiado. Tanto los delirios como las alucinaciones que el paciente va a experimentar va a depender de su medio social, cultural y personal que encajan en él.

2.3. DEPRESIÓN INFANTIL

2.3.1. Definición.

La depresión infantil es una de las enfermedades que, en la actualidad, viene afectando en gran parte a los niños y adolescentes. Inicialmente no se pensaba que los niños y adolescentes estarían tan expuestos a desarrollar este trastorno del estado de ánimo; sin embargo, los aportes sobre la depresión infantiles de algunos clínicos como Polaino Lorente, Shaffi y Shaffi y Ajuriaguerra, han demostrado la magnitud del problema.

Según Polaino Lorente (1998), el concepto de lo que entendemos por depresión infantil ha ido variando probablemente al compás de las cuatro o cinco escuelas psicoanalíticas que no admitían la depresión en el niño, el tema quedó excluido de los manuales de psiquiatría infantil de la época.

2.3.2. Sintomatología

Beck descubrió que los niños y adolescentes deprimidos tienen un pobre concepto de sí mismos, tienden a la autocrítica y se sienten desgraciados, exageran sus problemas y cobijan ideas de suicidio.

En su opinión el depresivo sufre un trastorno básico de pensamiento: exagera sus fallos, interpreta mal las afirmaciones sobre su ser para llegar a creer que es malo, ven el lado negativo de las experiencias ordinarias y ve con pesimismo el futuro.

Como las personas deprimidas se aferran a sus pensamientos, se perturban todavía más desarrollando una sensación de falta de decisión y de esperanza que les hace actuar de manera que empeoran más su depresión. Al aislarse pierden la oportunidad de recibir estímulos positivos y que podrían elevar su nivel de autoestima y así su pensamiento trastornado se ve justificado por la experiencia, creando un círculo vicioso. (Beck y Burns, 1978).

Los niños deprimidos se consideran desgraciados, frustrados, humillados, rechazados o castigados, miran el futuro sin esperanza. También presentan otras deficiencias cognitivas, disminuyen su CI y se deteriora su capacidad de memorizar definiciones de palabras nuevas. Esto puede ser debido a las creencias de que no pueden realizar estas tareas. Dado que ellos piensan que no las pueden realizar-

se, ni tan siquiera lo intentan y entonces sus creencias se convierten en realidad. Lo que constituye otro círculo vicioso.

Erick Stein realizó una descripción de algunas características del niño deprimido, citando a Von Düring: “Los niños deprimidos no pueden reír, y un niño que no ríe ni puede alborotarse, ni enfadarse, es un niño enfermo (...) los muchachos deprimidos son tímidos, no huraños, huyen de la compañía de los demás, no juegan, no tienen confianza en sí mismos (...) lo que puede llevarles incluso al suicidio. (op. cit. Pg. 31).

Esta falta de convicción que emulan propia eficiencia es el núcleo de la teoría de la indefensión aprendida de Seligman. Esta se puede ver con claridad en las depresiones reactivas, que normalmente siguen a acontecimientos tales como la muerte de un ser querido, el rechazo del ser querido, una enfermedad o daño físico o problemas de dinero, las malas calificaciones en los exámenes, el ser despedido del trabajo, el enfrentarse a cualquier problema que parezca irresoluble. Es la aparente irresolubilidad del problema, la convicción de que nada de lo que haga podrá superar el terrible golpe que ha traído consigo el sufrimiento, lo conduce a la depresión.

2.4. LITERATURA RELACIONADA CON EL PROBLEMA

Con relación al estudio de Depresión Infantil y Maltrato Infantil se encontró la siguiente bibliografía:

- *Características Psicométricas del Cuestionario de Depresión Infantil para niños de 8 a 16 años. (Loayza y Vines - 2,000)*. Se llevó a cabo las características psicométricas del cuestionario de depresión infantil en colegios de status socio económico de los tres niveles: alto, medio y bajo.
- *Diferenciación de Autoconcepto y Sintomatología en Niños (Heath Nancy-Lee, Brown Andrea, 1999)*. Evaluaron sintomatología depresiva y diferenciación de auto concepto utilizando el perfil de autopercepción con dificultades de aprendizaje y el inventario de depresión en niños en 2 grupos de 5to, 7mo y 8vo grado.
- *Prevención de síntomas depresivos en pre-adolescentes hijos de divorcios (Bry Marwr, Call -1999)*. Investiga la eficacia del programa “Depre-

sión Prevention Program for Children” que enseña habilidades sociales en sesiones de grupo en la escuela. Este fue un éxito total en la prevención de los síntomas depresivos en un grupo de niños de 5to y 6to grado de padres que se habían divorciados.

- ***Depresión en niños víctimas de abuso 6-15 años y en sus cuidadores no abusadores (Kress Fiona, Vandenberg Brian, 1999).*** Examinaron la depresión y atribución en 17 niños víctimas de abuso y en sus cuidadores quienes no abusaron de ellos. Emplearon el Children’s Attributional Style Questionnaire. El Beck Depresión Inventory y el Children’s Depresión Inventory (forma para padres).
- ***Estudio Explorativo sobre Maltrato Infantil en Lima Metropolitana y Callao (Ponce Silvia, 1995).*** Se realizó el estudio con niños y niñas de diversos colegios pertenecientes a diversas USES de Lima y el Callao. Se midió el maltrato físico a través de una encuesta creada en un 50% por la investigadora.
- ***Farinatti Fas, Fonseca NM, Donodis M: Child abuse and neglect in a developing country (1990).*** Estudio sobre sesenta y tres familias cuyos niños fueron diagnosticados como víctima de maltrato y negligencia de menores en un hospital de 300 camas, en Brasil. La edad, el sexo, tipo de maltrato (abuso físico o sexual o negligencia), los cuidadores, edad de los adultos que cuidan al niño, historia personal de los padres, situación de empleos (madres y padres u otros). Los autores observan la escasez, en los países en desarrollo, de recursos y servicios para la terapia, resolución de conflictos y satisfacción de las necesidades básicas de la familia.
- ***Kim Kand Ko B: An Incidente Survery of Battered Children in two elementary schools of Seoul: Child Abuse Neglect (1990).*** Más de 1000 alumnos de 3ro y 4to grado de ambos sexos llenaron cuestionarios bajo la supervisión de los maestros aula de 2 escuelas en noviembre de 1989. El 8.2% de ellos dijo haber sido golpeado seriamente (golpes, mordiscos, amenazas con cuchillos, arma de fuego) más de 12 veces en el año anterior. Otro 58% dijo haber recibido golpes de menor gravedad o menor frecuencia.

2.5. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El maltrato de menores es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos ya que el tema está cargado con vergüenza y nega-

ción. No obstante el maltrato de niños es un problema en los países tanto desarrollados como en desarrollo.

Son muchas las razones que inducen a creer que el maltrato y el descuido de menores se tornará, todavía más común a medida que la pobreza y el desempleo sigan acechando a la gente.

El maltrato infantil es una expresión sintomática de la crisis de la sociedad contemporánea, que toca lo espiritual en el sentido general. Además tiene implicaciones psicológicas, legales y éticas que se deben afrontar, lo cual indica que es una problemática psico-social, multicausal y de gran complejidad en su abordaje multidisciplinario, interdisciplinario e intersectorial.

En la actualidad la depresión es la condición psicológica que afecta cada vez a mayor número de personas sin importar edad, raza o nivel socioeconómico. En los últimos años ha avanzado en tal medida que los profesionales de la salud vinculados al tema han pronosticado que será la enfermedad de mayor prevalencia en un futuro muy cercano.

La depresión es difícil de diagnosticar porque el niño no sabe decir si está triste; se manifiesta en general en decaimiento o movimiento exceso, agresividad, mal dormir o dificultades para ser despertados en la mañana, cuando este problema no existía anteriormente, inapetencia o gran voracidad, llanto frecuente con dificultad de expresar o explicar el motivo de tristeza, asimismo lo que sufren episodios de depresión muestran disminución en su rendimiento escolar y dejan de jugar o lo hacen con menos frecuencia que lo habitual.

El Modulo de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS) se creó formalmente en 1995, fue una propuesta de UNICEF y el Ministerio de Salud, a través del SUB Programa Nacional de Salud Mental, este módulo tiene como finalidad detectar mas casos de maltrato infantil, de establecer una coordinación en la atención integral de los casos (tratamientos y terapias) y una vigilancia epidemiológica de los mismos. Este modulo tiene a los niños y adolescentes de 0 meses a 18 años, estos niños llegan de diversos lugares que pueden ser las DEMUNAS, Centros de Salud, Postas Médicas o lugares donde se brindan servicios de Salud.

En la actualidad existen 21 MAMIS a nivel nacional, funcionando 7 en la capital, están dividido para una mayor identificación bajo la jurisdicción de co-

nos, éstos se encuentran instalados en los Hospitales Generales de cada cono, dentro del Programa de Salud Mental o Departamento de Psicología.

Para la presente investigación se ha tomado como población y muestra a los niños y adolescentes que pertenecen a la zona urbana de Cono Sur, específicamente a los niños que presenten casos de maltrato o Agresión de cualquier tipo.

Lima Sur está conformada por los distritos de Surco, San Juan de Miraflores, Chorrillos, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Lurín y Pachacamac.

La población que vive bajo esa jurisdicción tiene en la mayoría un nivel socio económico bajo, que viven hacinados con muchas limitaciones en todos los aspectos: cultural, social, deportivo, de salud y pocos servicios higiénicos.

Los niños y adolescentes que ingresan al MAMIS, son en su mayoría a los que trabajan, de familias numerosas y desarticuladas, dándose el maltrato con mayor incidencia dentro del seno familiar.

Luego de haber realizado un análisis del material bibliográfico y la población a estudiar, surgieron una serie de interrogantes tales como:

¿Existen investigaciones significativas correspondientes a nuestra realidad sobre el tema y sus derivados?

¿Será que recién se ha dado trascendencia al tema en ámbitos que no son los privados?

A pesar de cuáles sean las posibles respuestas, es importante no ser indiferentes ante las manifestaciones de maltrato que se dan en los ámbitos donde ejercemos nuestro rol profesional cotidianamente.

Existen luego de haber profundizado el tema a nivel teórico el compromiso de socializar estos conocimientos, propiciar espacios de reflexión entre padres, docentes, profesionales, respecto de este fenómeno que pareciera crecer en progresión geométrica en relación a las acciones que se promueven. Crear y fortalecer instituciones de la Sociedad Civil que promuevan y propicien su investigación y su prevención, y sobre todo a librar una lucha en pro del desarrollo de los

factores protectores especialmente en las escuelas para intentar contrarrestar los factores de vulnerabilidad.

Es por eso que la presente investigación plantea un: “ESTUDIO EXPLORATORIO DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 8 A 16 AÑOS, CON MALTRATO INFANTIL EN LIMA SUR”.

2.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.6.1. Objetivo General.

Identificar el nivel o grado de depresión según las formas de maltrato (físico, emocional, sexual y negligencia) en niños y adolescentes de 8 a 16 de ambos sexos pertenecientes a los Módulos de Atención de Maltrato Infantil (MAMIS) de Lima Sur utilizando el Cuestionario de Depresión para niños (CDS).

2.6.2. Objetivos Específicos

2.6.2.1. Establecer el nivel de depresión y tipo de maltrato en los niños y adolescentes.

2.6.2.2. Determinar si existen relación entre el tipo de maltrato y la edad (9 a 16 años).

2.6.2.3. Establecer si existen diferencias significativas según el tipo de maltrato que reciben los menores según el sexo.

2.6.2.4. Ubicar las diferencias entre las áreas de depresión (CDS) según edad y sexo.

2.7 PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS

Hipótesis General.

H 1.- Existen diferencias significativas entre los niveles de depresión según el tipo de maltrato en los niños y adolescentes de 8 a 16 años de ambos sexos pertenecientes a los módulos de atención de maltrato infantil (MAMIS) de Lima Sur.

1.5.2. Hipótesis Específicas .

H 1.- Existe diferencia significativa entre los niveles de depresión de maltrato

en los niños y adolescentes.

H 2.- Existe relación significativa entre el tipo de maltrato (físico, emocional, sexual y negligencia) y la edad de los niños y adolescentes (8 a 16 años).

H 3.- Existe relación significativa entre el tipo de maltrato (físico emocional, sexual y negligencia) y el sexo de los niños y adolescentes maltratados.

H 4.- Existe diferencia significativa entre las áreas de depresión según la edad y sexo en los niños y adolescentes maltratados.

2.8. DEFINICIONES OPERACIONALES DE TÉRMINOS IMPORTANTES

- **Adolescencia:** Período de transición en el desarrollo entre la niñez y a la edad adulta, por lo general, se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hacia los 19 o 20 años.
- **Depresión:** Trastorno afectivo con un conjunto característico de síntomas tanto físicos y emocionales, el individuo pasa por un período prolongado de tristeza, sufrimiento, desesperación o vacío. Pierde interés por las actividades habituales, se acompañan con síntomas físicos como inapetencia pérdida de peso, insomnio, pérdida de energía, debilidad, muscular y agitación. (Craig, 1992).
- **Lima Sur:** se denomina a la zona sur urbana y rural de Lima que está conformada por los distritos de Surco, San Juan de Miraflores, Chorrillos, Villa María del Triunfo, Villa el Salvador, Lurín y Pachacamac.
- **Maltrato:** Se entiende toda acción u omisión que provoca daño o pone en riesgo el desarrollo físico social y/o emocional de un niño o adolescente.
- **Maltrato Físico:** Es la acción intencionada de un adulto por la que atenta contra la integridad física en el cuerpo del recién nacido, lactante menor o mayor, preescolar o adolescente ya sea con golpes y algún tipo de elemento.
- **Maltrato por Negligencia:** se produce cuando los adultos responsables de la atención y cuidados de un niño o niña desatienden las necesidades básicas de alimentación, educación, vestido, seguridad, asistencia médica y afecto de forma temporal o permanente a pesar de disponer de los medios necesarios.
- **Maltrato o Abuso Sexual:** es una forma de maltrato físico y psicológico en el cual un adulto usa su poder y fuerza sobre el niño o niña para poder someterlo a un acto sexual u otro análogo.

- **Maltrato Emocional:** es la situación que se produce cuando se hiere a un niño o niña de forma verbal, mediante la burla, el insulto, el desprecio o las amenazas que impiden sus iniciativas de interacción social. Los niños son desprovisto de sentimientos de amor, afecto o seguridad.
- **Niñez:** Etapa evolutiva que se desarrolla entre los 6 y 12 años de edad aproximadamente. Se caracteriza por el rápido crecimiento físico, las primeras manifestaciones de los rasgos de personalidad y la aplicación de los conocimientos numéricos y verbales con mayor efectividad. La social se desarrolla alrededor de los padres y los compañeros de clase, así como la adaptación en la escuela es un factor importante.

2.9. IMPORTANCIA Y LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A través de este estudio se pone a disposición un nuevo alcance para los profesionales tanto en el área médica como psicológica o aquellas que trabajan con niños y adolescentes.

Así se podría identificar características de los niños y adolescentes maltratados, favoreciendo la prevención de dificultades posteriores en el desarrollo personal y social.

Como se ha podido apreciar e investigar, la depresión puede evidenciarse a través de diversas conductas, algunas de las cuales suelen reconocerse a primera vista, sin embargo, otras requieren de un seguimiento y tratamiento especializado para determinar su presencia y tomar las medidas respectivas para la terapia necesaria.

Por otro lado, es importante tener presente que el trabajo con niños y adolescentes plantea siempre algunos retos, más aún si han sufrido algún tipo de maltrato.

Constituyen una limitación aquellas personas que no informan sobre maltrato, ya que éstas reúnen las características necesarias para la evaluación y aquellas que no asistan al módulo de atención al maltrato por vergüenza o por negligencia misma.

Muchos niños y adolescentes víctimas de agresión sexual y en especial las mujeres que en casi todos los casos fueron madres adolescentes, no informan de su caso por temor a que fueran otra vez víctimas y sólo se acercaban al módulo cuando no tenía los recursos económicos necesarios o por alguna complicación post maternidad.

Otra dificultad que se suele presentar en el proceso de recolección de la muestra es la indiferencia de muchos padres o familiares de los niños o adolescentes ya que como tienen muchos prejuicios o creencias respecto a los psicólogos no dan la información necesaria y no se pueden señalar las medidas terapéuticas a diagnosticar en los agredidos.

3. MÉTODO

La presente investigación posee el carácter descriptivo exploratorio puesto que existen muy pocas investigaciones con la población objetivo.

En el presente estudio se ha tomado en cuenta la siguiente Población y Muestra:

Población:

La población es dada por los niños y niñas que ingresan en el período de mayo a agosto al Módulo de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS) de los hospitales de Lima Sur.

Muestra:

En el presente estudio la muestra es estatificado al azar, está conformada por los niños, niñas y adolescentes de 8 a 16 años que ingresan en el período de mayo a agosto al Módulo de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS) de los hospitales de Lima Sur.

La captación se origina por consulta externa, hospitalización y emergencia. También se reciben casos derivados de Fiscalía, Poder Judicial, DEMUNA, PNP, PROMUDEH y otras instituciones.

1. Sujetos:

La muestra está conformada por 80 niños adolescentes de 8 a 16 años de

ambos sexos que ingresaron entre los meses de mayo a agosto del 2,001 al módulo de atención al maltrato infantil (MAMIS), de los Hospitales María Auxiliadora y Juan Pablo II de Lima Sur.

2. Material:

Con relación al instrumento para la recolección de la información requerida en la investigación se utilizó. El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) adaptado por M. Loayza y L. Vines (Lima-2000).

3.1. Ficha Técnica del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).

- Nombre original: “Children’s Depresión Scale (CDS)”
- Nombre traducido: “Cuestionario de Depresión para Niños.
- Autores: M. Lang y M. Tisher.
- Procedencia: Australian Council for Educational Research, Ltda. (HACER) Victoria, Australia.
- Administración: Individual y Colectiva.
- Duración: Variable (tiempo promedio en Lima Metropolitana: 45 minutos en niños y 25 minutos en adolescentes, incluyendo instrucciones).
- Aplicación: 8 a 16 años.
- Significación: Evaluación global y específica de la Depresión en los niños.
- Estandarizado en Lima: LOAYZA y VINCES (Lima-2000)

3.2. Descripción

El Cuestionario de depresión para niños (CDS) es un cuestionario de 66 elementos, 18 positivos y 48 depresivos que el evaluado debe clasificar dentro de 5 opciones; muy de acuerdo, de acuerdo, no estoy de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo.

Estos elementos están entremezclados para rededir la tendencia de malo en las respuestas y para medir la “incapacidad para experimentar placer o diversión” como componente de la depresión.

Estos se agrupan en 2 sub-escalas generales independientes: total depresivo y total positivo, dentro de cada una de estas dos se han agrupado los elementos en varias subescalas:

Total depresivo: con 6 sub-escalas:

RA, Respuesta afectiva negativa (8 elementos) alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto, los puntajes altos reflejan sentimiento de desesperación y tristeza en el niño.

PS, Problemas sociales (8 elementos) se refieren a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño, los puntajes altos reflejan dificultades a este respecto.

AE, Autoestima negativa (8 elementos) se relaciona con los sentimientos y conceptos y actitudes del niño en relación con su propia autoestima y valor.

PM, Preocupación por la muerte/ salud (7 elementos) alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte, los puntajes altos traslucen preocupaciones de ese tipo.

SC, Sentimiento de Culpabilidad (8 elementos), se refiere a la autopunición del niño, los puntajes altos reflejan sentimientos de culpa sobre todo en torno a la relación con los padres, así como la sensación de ser merecedor de castigo.

DV, Depresivo Varios (9 elementos) incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad de manera que fueron reunidas en una subescala, los puntajes altos indican, como en las demás escalas cierto rasgo de tipo depresivo.

Total Positivo con 2 sub-escalas:

AA, Animo-Alegría (8 elementos, puntuados en el polo opuesto de la depresión) alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o su incapacidad para experimentarlos. Los puntajes altos indican la presencia de sentimientos de alegría y felicidad, mientras que los bajos la ausencia de estos sentimientos.

PV, Positivos varios (10 elementos, puntuados en el polo opuesto de la depresión) incluyê aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad de manera que fueron reunidas en un sub-escala.

3.3. Administración

El CDS es un instrumento que puede ser utilizado tanto individual como colectivamente. En la presente investigación se ha utilizado la versión de LOAYZA Y VINCES, en donde el material se ha adaptado a nivel primaria y secundaria.

Instrucciones:

Las instrucciones para secundaria se encuentran impresas en la hoja de respuestas y son las siguientes:

“La siguiente lista contiene afirmaciones sobre los sentimientos de las personas. Marca con un aspa (x), la alternativa que más se relaciona con tus sentimientos.

“SEÑALA SÓLO UNA ALTERNATIVA”

Luego de leer las instrucciones se procede a explicar lo que significa cada alternativa señalando el recuadro que aparece en la esquina superior de la hoja.

3.4. Procedimiento

Los niños y adolescentes víctimas de cualquier tipo de maltrato ingresan al Modulo de Maltrato Infantil (MAMIS), con una denuncia policial o judicial. Luego de hacerle la entrevista respectiva la asistenta social junto con la psicóloga, codifican el tipo de maltrato y diagnostican la terapia más recomendable, el número de sesiones y las evaluaciones psicológicas respectivas del caso.

En caso de hospitalización la mayoría de los casos ingresan por emergencia, se llena la ficha de hospitalización y ficha social (ficha violencia familiar y maltrato infantil), luego se procede a conversar con los padres y a citarlos a consulta externa en psicología y en el modulo de maltrato infantil (MAMIS), dependiendo del caso, el agredido permanece en el hospital o sale a los dos días.

La captación de los casos se realizó tanto por consulta externa o emergencia, cuando eran denunciados en caso contrario se realizaba la visita medica respectiva y se informaba al Modulo, el cual procedía a realizar la o las interconsultas respectivas del caso.

4. RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

A continuación se presentan el análisis de los datos que se realizaron para buscar si existe diferencia significativa entre los niveles de depresión según el tipo de maltrato, sexo y edad.

4.1. Estudio de la diferenciabilidad entre los niveles de depresión según el tipo de maltrato en los niños y adolescentes de 8 a 16 años. Tabla N° 1.
Se observa de acuerdo a los resultados obtenidos que no existe diferencias significativas entre los niveles depresivos (RA, PS, AE, PM, SC y DV) y el tipo de maltrato (emocional, físico, sexual y negligencia) lo que quiere decir que la depresión no esta influenciada por el tipo de maltrato que reciben lo menores.

Tabla 1: Diferencia entre los niveles de depresión según tipo de maltrato en Hospitales de Lima Sur (MAMIS)

Analysis of Variance					
Source	DF	SS	MS	F	P
Factor	5	4171,0	834,2	24,53	0,000
Error	474	16121,1	34,0		
Total	479	20292,1			
Individual 95% CIs For Mean					
Based on Pooled StDev					
Level	N	Mean	StDev		
RA	80	25,663	6,662		
PS	80	25,775	6,327		
AE	80	24,887	5,956		
PM	80	21,587	5,523		
SC	80	26,238	5,087		
DV	80	31,587	5,274		
-----+-----+-----+-----					
Pooled StDev=	5,832	21,0	24,5	28,0	31,5

* No existen diferencias significativas entre los niveles de depresión y tipo de maltrato
Novoa, 2002

4.2. Estudio de la relación entre el tipo de maltrato y la edad (8 a 16 años)

Tabla N° 2

Se observa de acuerdo a los resultados obtenidos que no existe relación significativa entre el tipo de maltrato (físico, negligencia, emocional y sexual) respecto a la edad, lo que quiere decir que el tipo de maltrato no está influenciado por la edad de los menores.

4.3. Estudio de la relación entre el tipo de maltrato y el sexo de los menores.

Tabla N° 3

Se observa de acuerdo al análisis de los resultados obtenidos que no existe diferencia significativas entre el tipo de maltrato (físico, negligencia, emocional y sexual) y el sexo de los menores (masculino y femenino) lo que quiere decir que en el tipo de maltrato que reciben los menores no existe distinción hacia el genero sexual.

Tabla 2: Tipo de maltrato y la edad en Hospitales de Lima Sur (MAMIS)

Tabulated Statistics: Prueba Chi cuadrado de Independencia

Rows: edad Columns: Tipo de maltrato

	1	2	All
F	19	36	55
M	4	21	25
All	23	57	80

Chi-Square = 2.886, DF = 1, P-Value = 0.089*

* El valor de P es mayor que 0,05

**No existe relación entre el tipo de maltrato y la edad

Novoa 2002

Tabla 3: Relación entre el tipo de maltrato y el sexo en Hospitales de Lima Sur (MAMIS)

Tabulated Statistics

Rows: sexo	Columns: tres categorías			
	1	2	3	All
F	21	4	30	55
M	4	2	19	25
All	25	6	49	80

Chi-Square=4.010, DF=2, P-Value=0.135*

* No existe relación entre el tipo de maltrato y el sexo de los menores.

Novoa, 2002

Tabla 4: Diferenciabilidad entre las áreas del CDS según sexo y edad en Hospitales de Lima Sur (MAMIS)

Analysis of Variance

Source	DF	SS	MS	F	P
Factor	5	4171,0	834,2	24,53	0,000
Error	474	16121,1	34,0		
Total	479	20292,1			

Level	N	Mean	St Dev	Individual 95% CIS For Mean Based on Pooled St Dev			
				-----+-----+-----+-----			
RA	80	25,663	6,662	(—*—)			
PS	80	25,775	6,327	(—*—)			
AE	80	24,887	5,956	(—*—)			
PM	80	21,587	5,523	(—*—)			
SC	80	26,238	5,087	(—*—)			
DV	80	31,587	5,274		(—*—)		
Pooled St Dev=		5,832		21,0	24,5	28,0	31,5

*Existe diferencia significativa entre los niveles depresivos al nivel del 5% y del 1%.

Novoa, 2002

4.4. Estudio de la diferenciabilidad entre los niveles de depresión según sexo y edad. Tabla N° 4

De acuerdo a los resultados obtenidos existen diferencias significativas entre los niveles depresivos según el sexo (masculino y femenino) y la edad de los menores (8 a 16 años) al nivel del 5% y del 1%, así como diferencias muy significativas en las áreas de PM (preocupación por la muerte) SC (sentimiento de culpa) y DV (depresivos varios).

5. CONCLUSIONES

1. Los niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil presentan puntajes altos depresivos según el CDS, lo que indica la presencia de la depresión en el niño y adolescente víctima de cualquier tipo de maltrato (emocional, físico, sexual o negligencia).
2. Con respecto a la relación, no existe relación significativa entre el tipo de maltrato (físico, negligencia, emocional o sexual) con respecto a la edad.
3. Con respecto a la diferenciabilidad, no existe diferencias entre el tipo de maltrato (físico, negligencia, emocional y sexual) y el sexo de los niños y adolescentes.
4. Con respecto a la diferenciabilidad, existen diferencia entre los niveles depresivo según género (masculino y femenino) al nivel del 5% y 1% en relación al Análisis de Varianza; así como diferencias muy significativas en las áreas de PM (preocupación por la muerte), SC (sentimiento de culpa) y DV (depresivos varios).