



**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE PSICOLOGÍA**

TESIS

**MALTRATO PASIVO Y DEPRESIÓN INFANTIL EN
ESTUDIANTES DEL NIVEL PRIMARIO DE LOS
COLEGIOS PÚBLICOS DEL DISTRITO LA
VICTORIA, 2015**

Autor(es):

**Bach. Dávila Arenas, José Dávila
Bach. Ramos Cuzque, Roberto Carlos**

Asesor:

Mg. Suarez Santa Cruz, Fernando

Línea de Investigación:

Psicología y Desarrollo de Habilidades

Pimentel – Perú

2015

**MALTRATO PASIVO Y DEPRESIÓN INFANTIL EN ESTUDIANTES
DEL NIVEL PRIMARIO DE LOS COLEGIOS PÚBLICOS DEL
DISTRITO LA VICTORIA, 2015.**

Aprobación de la Tesis

Mg. Suarez Santa Cruz, Fernando
Asesor metodólogo

Mg. Olazabal Boggio, Roberto
Asesor especialista

Mg. Blanca Rojas Jiménez
Presidente del jurado de tesis

Mg. Olazabal Boggio, Roberto
Secretario del jurado de tesis

Mg. Bulnes Bonilla, Gretel
Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

A mis padres que siempre están contemplando mis logros, a mi esposa Jacky por ser fuerza diaria para seguir adelante, a mis hijos José, María, Piero y Camila por ser mi fuerza motivadora para lograr mis objetivos. A Dios por sobre todas las cosas.

José Dávila.

Dedico la presente tesis a mí querido Padre Gerardo y mi madre, quienes me han brindado siempre su apoyo. A mi hermano Gorky por apoyarme, a mi hermana Lily. A los niños que por su vulnerabilidad muchas veces no son defendidos.

Roberto Ramos.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos de especial consideración a nuestro asesor metodológico Mg. Fernando, a nuestro jurado evaluador, Mg. Blanca, Mg. Gretel; por las consideraciones y la guía encaminada en pro del presente proyecto, a nuestro asesor especialista Mg. Roberto por las indicaciones constantes para mejorar la presente investigación.

Agradecimiento muy especial a Lic. Danilo, Lic. Elard y Lic. Walter por revisar y aprobar nuestra prueba psicométrica Cuestionario de Maltrato Pasivo, sin los cuales no se hubiese concretado la investigación, y que gracias a su apoyo es posible obtener resultados óptimos.

Al Centro de Desarrollo Comunal de La Victoria, que a través de sus representantes: Jefe CEDECOM Abog. José Liza y Coordinadora del área de psicología, Psi. Fiorella Correa, por ser facilitadores para poder concretar las reuniones con los directores de los diferentes planteles educativos.

INDICE

RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Situación problemática.	12
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Delimitación del problema	17
1.4. Justificación e importancia	17
1.5. Limitaciones de la investigación	20
1.6. Objetivos de investigación	21
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios	24
2.2. Bases teóricas científicas	33
2.2.1. Maltrato pasivo	33
2.2.2. Depresión infantil	60
2.3. Definición de términos básicos	102
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	104
3.2. Población y muestra	106
3.3. Hipótesis	108
3.4. Definición operacional	109
3.5. Operacionalización de variables	109
3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	111
3.7. Procedimiento de recolección de datos	116
3.8. Análisis estadístico e interpretación de resultados	119
3.9. Principios éticos	121

3.10. Criterios de rigor científico	123
CAPITULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Resultados en tablas y gráficos	126
4.2. Discusión de resultados	136
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y REOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	143
5.2. Recomendaciones	144
REFERENCIAS	
ANEXOS	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad determinar la relación entre el maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria. El tipo de investigación elegido es no experimental con diseño transversal - correlacional, y estuvo constituido por una muestra determinada por el método de muestreo aleatorio simple cuyo resultado es de 349 niños entre hombres y mujeres de 8 a 12 años de edad. Los instrumentos utilizados son: el Cuestionario de Maltrato Pasivo CMP, construido por los autores de la presente investigación, Dávila & Ramos (2015); y el Inventario del Depresión Infantil CDI, adaptado por Arévalo (2008). Los resultados indican de que existe relación positiva media con un nivel de significancia de $p < 0.01$; aceptando así la hipótesis general de la investigación, a mayor nivel de maltrato pasivo, mayor es el nivel de depresión infantil. Además, existe relación entre los componentes de maltrato pasivo y las dimensiones de depresión infantil a niveles de significancia de $p < 0.01$ y $p < 0.05$.

Palabras clave: Maltrato pasivo, depresión infantil, negligencia, abandono, carencia afectiva, atestiguamiento de violencia

Abstract

The present investigation had like purpose to determine the relation between the passive mistreatment and the infantile depression in students of the primary level of the public schools of the district La Victoria. The chosen type of research is not experimental design with cross - correlational, and consisted of a given sample by simple random sampling method resulting in 349 children between men and women 8-12 years of age. The instruments used are: Questionnaire Abuse Passive CMP, constructed by the authors of this research, Davila & Ramos (2015); and Children's Depression Inventory CDI, adapted by Arevalo (2008). The results indicate that there is positive average value with a significance level of $p < 0.01$; So accepting the hypothesis of the research, the higher the level of abuse liability, the greater the level of childhood depression. In addition, there is a relationship between passive components abuse and depression dimensions of child significance levels of $p < 0.01$ and $p < 0.05$.

Keywords: Passive abuse, childhood depression, neglect, abandonment, emotional deprivation, witnessing violence

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un atentado a los derechos más básicos de los niños y adolescentes los cuales están mencionados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Todos los menores de edad tienen derecho a la integridad física y psicológica y a la protección contra todas las formas de violencia (Unicef, 2009).

Cuando se habla de maltrato infantil se hace referencia a dos grandes grupos, al maltrato activo (comisión) y al maltrato pasivo (omisión), este último es el que se exploró en el presente estudio. El maltrato pasivo distingue tres grandes grupos: el abandono físico, la negligencia, y el abandono o carencia afectiva (Casado y Martínez, 1997), asimismo la carencia afectiva es conocido como abandono emocional.

En cifras específicas sobre maltrato pasivo a nivel internacional y nacional no existe una cifra estadística, sin embargo, se calcula que un 70% del total del maltrato corresponde al maltrato por negligencia u omisión de cuidados, pero esta cifra puede que este aún lejos de la realidad, ya que según el estudio realizado por Bernedo y Fuentes (2010), en niños y adolescentes acogidos por sus abuelos, se determinó que el 95.8% de los niños y niñas fue víctima de algún tipo de maltrato

por parte de sus progenitores, de ellos, el 82.9% de los niños sufrió alguna modalidad de maltrato pasivo (abandono, negligencia, etc.), mientras que el 12.9% sufrió además maltrato activo (físico o emocional).

Por otro lado, existe un flagelo considerado por los expertos como pandemia y que se presenta en los niños, se refiere a la depresión infantil. La depresión infantil se manifiesta por tristeza persistente, pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas, desesperanza, aburrimiento y falta de energía o desinterés en sus actividades favoritas o incapacidad para disfrutar de ellas (Carrillo, 2008).

Al presente uno de cada 33 niños y uno de cada ocho adolescentes sufren de depresión en el mundo (Carrillo, 2008), y en el Perú más del 21% de los menores sufre de depresión, la mayor frecuencia se presenta en niños de edad escolar desde los 8 a 10 años, en la adolescencia aumenta considerablemente, siendo una de las principales causas el maltrato infantil en sus diversos tipos como físico, psicológico, negligencia y abuso sexual (Carrillo, 2008)

Por todo lo expuesto la presente investigación tiene como objetivo general determinar la relación entre el maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del

distrito La Victoria, asimismo, se quiere determinar las relaciones que pueden existir entre las dimensiones del maltrato pasivo y las dimensiones de la depresión infantil, también, analizar la frecuencia y porcentaje de la prevalencia de los niveles de ambas variables de estudio.

Además de lo anterior, los resultados de la presente investigación muestran una nueva forma de entender el maltrato pasivo, y por ende los resultados tendrán un impacto en la comunidad científica que estudia el maltrato en los niños, dado que no existe evidencia en la que se agrupe a las cuatro grandes dimensiones explicadas por distintos autores sobre el maltrato pasivo, y mucho menos una medida de análisis descriptivo y/o relación de las variables, por lo que los hallazgos marcan un nuevo hito sobre la comprensión de la depresión y su relación con el maltrato pasivo.

La presente investigación fue desarrollada siguiendo una secuencia lógica, de la base teórica a la aplicación práctica, que se presenta de la siguiente manera.

En el capítulo I, se plantea la realidad problemática, la formulación del problema, la delimitación de la investigación, justificación, las limitaciones y los objetivos de investigación.

En cuanto al capítulo II, se detalla el marco teórico, los antecedentes de estudio, las bases teóricas de las variables.

En relación al capítulo III, se da a conocer el marco metodológico, explicando el tipo y diseño de investigación aplicado, la población, hipótesis, el cuadro de operacionalización de variables, el método, las técnicas e instrumentos utilizados, la recolección de datos, el análisis estadístico y finalmente los criterios éticos y científicos.

En el capítulo IV, se presentan los resultados de la investigación que estarán debidamente descritos, además se presentan los gráficos y tablas posteriormente se realizara la discusión de resultados.

Finalmente en el capítulo V se detallan las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas utilizadas y los anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación Problemática

La familia es para muchos, -incluido los autores de la presente investigación- la base de toda sociedad, y como base, es en ella donde los niños se forman, crecen y se desarrollan. Cuando la familia mantiene los vínculos relacionales familiares estables entre todos los miembros, sus integrantes tienden a desarrollarse adecuadamente, pero, si la familia no puede mantener relaciones sin romper el vínculo familiar, es ahí cuando la familia se desestructura y empiezan a presentar sintomatología, en especial los hijos, los cuales absorben lo observado dentro del sistema familiar siendo uno de los principales causantes de esta desestructuración el maltrato familiar, y por ende el maltrato infantil.

El maltrato infantil es un atentado a los derechos más básicos de los niños y adolescentes los cuales están mencionados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Todos los menores de edad tienen derecho a la integridad física y psicológica y a la protección contra todas las formas de violencia (Unicef, 2009). El maltrato infantil vienen a ser las palizas, los abusos sexuales, los insultos psicológicos como el ridículo persistente, el rechazo o el tener aterrorizado al niño, y la desatención (Shaffer, 2002; como se citó en Riso, 2006), asimismo el maltrato infantil se adhiere a lo mencionado por el Centro Internacional de la Infancia de París que dice que es toda acción, omisión o trato

negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Los niños y los adolescentes representan el sistema familiar más vulnerable, sobre todo ante la presencia del maltrato, siendo este un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida, según datos y cifras dados por la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 23% de las personas de ambos sexos refieren maltratos físicos cuando eran niños. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Sin embargo estas cifras dadas pueden ser mucho más graves ya que según menciona la OMS faltan todavía datos acerca del maltrato infantil de muchos países.

En contraste a lo anterior, el maltrato infantil en el Perú se han reportado un total 164,019 casos de maltrato infantil en el 2011, y hasta julio del 2012 fueron un total de 76,688 casos, de los cuales el 55% fueron por maltrato psicológico, 16% por maltrato por negligencia y maltrato físico y 13% por abuso sexual. (Unicef, 2012).

El maltrato infantil es agrupado en dos grandes dimensiones, siendo el primero el maltrato activo (comisión) y el maltrato pasivo (omisión), el primero es el más estudiado con respecto al segundo, a su vez, el maltrato pasivo es desconocido y su real influencia no se conoce, y las cifras pueden ser alarmantes. Bastida (2011), menciona que “el tipo de maltrato más conocido es aquel en el que hay agresiones físicas, gritos y/o abusos sexuales, pero no por ser más conocido es más frecuente. El maltrato por negligencia o por omisión de cuidados supone, se calcula, un 70% del total”, pero esta cifra puede que este aún lejos de la realidad, ya que según el estudio realizado por Bernedo y Fuentes (2010), en niños y adolescentes acogidos por sus abuelos el 95.8% de los niños y niñas fue víctima de algún tipo de maltrato por parte de sus progenitores, de ellos, el 82.9% de los niños sufrió alguna modalidad de maltrato pasivo (abandono, negligencia, etc.), mientras que el 12.9% sufrió además maltrato activo (físico o emocional).

Para entender un poco más sobre el maltrato pasivo se debe mencionar, que este distingue tres grandes grupos de maltrato pasivo: el abandono físico, la negligencia, y el abandono o carencia afectiva, (Casado y Martínez, 1997), este último también es conocido como abandono emocional.

Al igual que el maltrato infantil representa un problema a nivel mundial, la depresión se considera una de las nuevas pandemias, que al principio se creía propio de los adultos, actualmente se conoce que afecta a la infancia y niñez. Cabe indicar que son escasos los trabajos que abarcan el tema de la depresión infantil, puesto que antes de la década de 1930 la comunidad científica no reconocía a la depresión infantil como algo real, y recién a partir de 1980 es cuando empieza a crecer considerablemente el interés en el tema reconociéndose plenamente (Cruz, 2008).

La depresión infantil se manifiesta por tristeza persistente, pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas, desesperanza, aburrimiento y falta de energía o desinterés en sus actividades favoritas o incapacidad para disfrutar de ellas (Carrillo, 2008), y se estima que para el año 2020 la depresión será la causa primordial de muerte, especialmente si han experimentado depresión o manifestado síntomas a temprana edad (Auger, 2000, como se citó en Cruz 2008). Al presente uno de cada 33 niños y uno de cada ocho adolescentes sufren de depresión en el mundo (Carrillo, 2008), y que en el Perú más del 21% de los menores sufre de depresión y la mayor frecuencia se presenta en niños de edad escolar desde los 8 a 10 años, y que en la adolescencia aumenta considerablemente, siendo una de las principales causas el maltrato infantil en sus diversos tipos como físico,

psicológico, negligencia y abuso sexual (Carrillo, 2008). Asimismo, Castejon y Navas (2011) mencionan que la principal causa de la depresión en el niño es el sentimiento de no sentirse querido; el cual está enmarcado dentro de la carencia afectiva (Casado, 1997), en donde el padre no muestra afecto a sus hijos.

Por otro lado, los datos sobre depresión infantil son escasos, sobre todo a nivel regional y local, sin embargo se debe tener en cuenta que la depresión es la principal causa de los suicidios, tal como se reporta El Hospital Las Mercedes, existe una alta población juvenil con cuadros de ideación suicida, y la principal causa que conlleva a los adolescentes a tentar poner fin a sus vidas, es la falta de soporte y afecto familiar, que los lleva a la depresión, además de estos datos, se menciona que en 20% se incrementaron los intentos de suicidio en la población adolescente de la región Lambayeque, precisó la coordinadora de Salud Mental y jefa del Área de Psicología del Hospital Las Mercedes, Yolanda Castro Yoshida (Radio Programas del Perú [RPP], 2012)

Por tanto el presente estudio se dirige a describir y correlacionar la variable del maltrato pasivo con la depresión infantil en estudiantes del nivel primario del distrito La Victoria, 2015, esto con el fin de conocer estadísticas de la prevalencia de la depresión infantil contemplando una amplia población, como además los índices de maltrato pasivo.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre el maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015?

1.3. Delimitación del problema

La investigación tuvo lugar en el distrito de La Victoria, departamento de Lambayeque. En las instituciones educativas públicas del distrito. La muestra representativa estuvo conformada por 349 niños entre mujeres y varones de 8 a 12 años de edad. Esta investigación se realizó en un periodo de 9 meses.

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación

La realización de esta Investigación se justifica por las razones siguientes:

La investigación es *conveniente*, ya que permite explicar la relación entre el maltrato pasivo y depresión infantil, esto será provechoso para entender la prevalencia, niveles de ocurrencia de esta problemática desde el punto de vista psicológico en los estudiantes del nivel primario

de los colegios públicos del distrito La Victoria con la finalidad de explicar y comprender las dificultades que se observan en relación a estas variables, las cuales pueden ser determinantes para la realización de un mejor trabajo en cuanto a la intervención social e individual.

La investigación es *relevante socialmente*, puesto que los resultados permiten analizar y comprender la problemática que reflejan los estudiantes y cómo influye en su bienestar. También los resultados son de utilidad para la comunidad psicológica, pues con los resultados encontrados, aportará valiosa información sobre la población estudiada, logrando que se desarrollen técnicas adecuadas de abordaje y prevención orientadas a su bienestar. Asimismo el presente trabajo de investigación será de utilidad para profesionales de la salud, puesto que se podrá comprender, explicar o predecir los comportamientos, actitudes de los niños en relación con las variables de estudio de forma más acertada, lo que fortalecerá y ayudará a la formación de programas de intervención y prevención de la salud mental, y también en cuanto a las escuelas para familias de las instituciones educativas.

Como *implicancia práctica*, la presente investigación ayuda a resolver el problema de estudio, es decir conocer la relación entre maltrato pasivo y depresión infantil, siendo este un factor importante para

poder investigar, ya que existen pocos estudios con este tipo de población y variables.

Además, la investigación tiene un *valor teórico*, puesto que se llena un vacío de conocimiento con respecto a la prevalencia del maltrato pasivo y depresión infantil en niños, como además consolidar las definiciones de ambas variables, y a su vez, los resultados se puede generalizar, puesto que tiene una población y muestra representativa de un grupo amplio. También, los resultados permiten desarrollar una nueva forma de entender el maltrato pasivo, esta vez comprendiendo cuatro dimensiones de estudio, las mismas que son analizadas y revisadas su relación con la depresión infantil, siendo este estudio fructífero en la exploración del fenómeno estudiado, y a partir de esto sugerir nuevas ideas o hipótesis, tales como explorar en un futuro, no solo relación entre las variables, sino también conocer si el maltrato pasivo es causal de la depresión infantil. También marcará un importante aporte teórico en cuanto a la etiología de la depresión, el cual ampliara mucho más el marco de referencia para poder comprender uno de los trastornos más presentados en los niños, el cual quedará mayor explicado, por lo que será significativo su realización para formular acciones pertinentes según la problemática alcanzada, y los resultados encontrados.

En cuanto a la utilidad metodológica de la presente investigación se resalta el hecho de la propuesta de medición de la variable de maltrato pasivo, esta vez contemplando un instrumento que agrupe cuatro dimensiones: abandono físico, negligencia, carencia afectiva y atestiguamiento de violencia. A su vez la investigación aumentara el conocimiento acerca del maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, el cual podrá servir como referente para futuras investigaciones que impliquen las variables estudiadas, permitiendo poseer mayor información del tema y tener una visión más clara y precisa del problema.

1.5. Limitaciones de la Investigación

En la investigación se tuvo las siguientes limitaciones:

Limitación bibliográfica teórica: Debido a la escasa literatura actualizada y limitados antecedentes a nivel local de ambas variables de estudio, especialmente de la variable de maltrato pasivo.

Limitación metodológica: Dificultad para conseguir instrumentos de evaluación, baremados y estandarizados a la realidad en estudio. En específico la no existencia de instrumento de evaluación de maltrato pasivo.

1.6. Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Determinar la relación el maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Objetivos específicos

Determinar los niveles predominantes de maltrato pasivo, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Determinar los niveles predominantes de depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Determinar la relación entre Abandono y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Determinar la relación entre negligencia y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Determinar la relación entre carencia de afecto y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Determinar la relación entre atestiguamiento de violencia y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

Internacionales.

Fernández (2014) en su investigación, “Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados”, teniendo un grupo formado por 86 menores de edad comprendidas entre los 6 y 17 años de edad, la investigación fue efectuada en la ciudad de Murcia, España. Los instrumentos de evaluación: Chil Behavior Checklist (CBCL), The Child PTSD Symptom Scale (CPSS), Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI), los resultados de la investigación indican que el 60.5% de los progenitores han ejercido el maltrato, siendo la negligencia física/emocional, el tipo de maltrato más frecuente en esta muestra, asimismo, la prevalencia de los tipos de maltrato es por este orden: negligencia física/emocional, seguido de maltrato emocional, maltrato físico, testigos de violencia de género y finalmente abuso sexual. Asimismo, en cuanto a la prevalencia de la ansiedad/depresión para lo cual se separaron en dos grupos (6-12 años, 13-18 años), en el primer grupo. Los niños presentaron una prevalencia de 44%, de los cuales el 20% presentaron sintomatología grave. Las niñas presentaron una prevalencia del 25.9%, de la cual el 7.4% presentaron sintomatología grave. En el segundo grupo, la prevalencia

fue similar para ambos sexos, un 18.8% para chicos, de los cuales, el 12.5% presentaron sintomatología grave, y un 18.2% para chicas.

En base a los resultados se puede afirmar que la negligencia es la forma de maltrato más frecuente, y que la ansiedad/depresión tiene una prevalencia mayor en niños que en adolescentes, siendo los niños los que presentan mayor sintomatología grave.

Ayala y Juca (2010) en su investigación bibliográfica, Niños y niñas víctimas de negligencia familiar y su repercusión en sus relaciones interpersonales, tuvieron como propósito describir las características de la negligencia y los rasgos de diferenciación entre estos niños y los demás, llegando a la conclusión de que los niños y niñas víctimas de negligencia familiar evidencia dificultades para relacionarse especialmente en el ámbito escolar, ya sea por su aspecto físico o comportamiento, además que las consecuencias de este tipo de maltrato se manifiestan en la vida adulta.

En base a los resultados se concluye que la negligencia familiar está relacionada con problemas de relación, y que las consecuencias se manifiestan en la vida adulta.

Agudelo, Casasdiegos y Sánchez (2009), en su investigación, Relación entre esquemas mal adaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios, de la Universidad Pontificia Bolivariana, de Colombia, mediante estudio no experimental se evaluaron a 259 estudiantes mediante los cuestionarios BDI, ST/DEP, STAI, YSQ-L, encontraron que los resultados no indican la presencia de esquemas diferenciales en función de la presencia de depresión Estado/Rasgo y de ansiedad Estado/Rasgo, por lo que se concluye la presencia de un patrón cognitivo para un trastorno mixto de ansiedad y depresión.

En base a los resultados se puede concluir que se evidencia un patrón cognitivo para un trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Galicia, Robles y Sánchez (2009) en su investigación, Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar, en estudiantes de secundaria del Estado de Mexico, se evaluaron a 245 adolescentes de ambos sexos, mediante el Test de Depresión de Zung y el Inventario de Depresión de Kovacs, y otros tres instrumentos para valorar el rendimiento escolar y la dinámica familiar: Escala de Clima Social en la Familia, Escala de Ambiente Familiar y el Inventario de Sucesos de Vida. Se encontraron diferencias entre el rendimiento escolar y depresión. La relación entre depresión, dinámica

familiar y aprovechamiento escolar no se establece con el promedio general de calificaciones sino de manera particular con el de algunas asignaturas y subescalas de los instrumentos que valoran la dinámica familiar. Asimismo, las mujeres muestran mayores índices de depresión en congruencia con los varones, y a mayor nivel de depresión existe un menor rendimiento escolar, a su vez, los sujetos con depresión severa evidencia una falta de cohesión familiar.

En base a los resultados se puede concluir que las mujeres muestran mayores niveles de depresión que los varones, que a mayor depresión se relaciona con menor rendimiento escolar y cohesión familiar.

Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009), en su investigación, Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia), se evaluaron a 1832 niños (864 niños y 968 niñas) del nivel primario de entre 8 y 11 años, mediante el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs. Los resultados muestran una prevalencia de 17.09%, esto quiere decir que 17 de cada 100 niños evaluados presentan síntomas de depresión, y con mayor casos en niños de menor edad, siendo de este el 56.23% son niñas y el 47.76% son niños; y a nivel socio demográfico los niños con síntomas depresivos pertenecen a familias de estrato socioeconómico bajo.

En base a los resultados se puede concluir que la prevalencia de depresión en los niños es de 17.09%, siendo las niñas las que presentan mayores síntomas depresivos, y que a menor edad mayor depresión en relación a un estrato familiar socioeconómico bajo.

Nacionales

Bazán (2010) en su investigación, Evaluación y análisis del maltrato por negligencia y su efecto pernicioso al desarrollo personal de la población infantil en las comunidades de Kawache, Villa Unión y las Américas durante el período 2006-2007, donde trabajó con una muestra de 74 niños y niñas. Se utilizaron como instrumentos: encuesta realizada a los niños y niñas, encuesta realizada a los padres de familia, guía de observación a los niños y niñas. Los resultados comprueban la presencia de negligencia en las referidas comunidades, lo cual se relaciona con entorpecimiento de satisfacción de necesidades del desarrollo personal, asimismo existe descuido generalizado por parte de los padres en relación a subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, identidad y libertad. A su vez, el 88% no siente que sus padres satisfagan sus necesidades, de los cuales el 54% es por falta de atención, 32% porque no reciben suficiente cariño y el 14% materiales.

En base a la investigación se concluye la existencia de negligencia y su relación con el entorpecimiento del desarrollo personal de los niños, de los cuales el 88% siente que sus progenitores no satisfacen sus necesidades.

Sáenz (2010) en su investigación, Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares, donde trabajó con una muestra total de 350 adolescentes entre los 11 y 15 años de edad de un colegio público del distrito de San Martín de Porras. Se utilizaron el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y el Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales, encontrándose los siguientes resultados: se evidencia relación entre la incidencia de acoso escolar y la presentación de sintomatología depresiva. En cuanto a la sintomatología depresiva no se hallaron diferencias entre edad, grado o sexo, pero sí en función a características familiares e interpersonales, siendo la media más alta de sintomatología depresiva en el grupo de participantes que señalo vivir con otros familiares, sin sus padres en comparación con los que señalaron que vivían con ambos padres. En cuanto al acoso escolar el 53.2% de la muestra participaba ocasionalmente del acoso escolar, el 41.1% no se involucraban y el 5.7% era protagonistas.

En base a la investigación se concluye que existe relación entre el acoso escolar y la presencia de sintomatología depresiva, y la muestra con una media alta de sintomatología depresiva señalaron vivir sin sus padres.

Melo-Vega (2009) en su investigación, Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana, donde trabajó con una muestra de 194 niños provenientes de un colegio público de Lima, de los cuales el 55.2% realizaban trabajos, y el 44.8% no realizaba trabajo alguno. Se utilizaron una encuesta sociodemográfica y el Inventario de depresión para niños (CDI) de María Kovacs, encontrándose los siguientes resultados: Evidencia estadística alta de sintomatología depresiva en niños trabajadores en comparación de los niños no trabajadores, asimismo evidencia niveles elevados de riesgo de depresión en los niños de la muestra, lo cual está asociado a bajo nivel socioeconómico, y la dinámica familiar.

En base a la investigación se concluye que los niños trabajadores presentan mayor sintomatología depresiva en comparación de los niños no trabajadores.

Locales

Monteza y Vilchez (2010) en su investigación, Relación entre los Niveles de Resiliencia y Negligencia Física en alumnos en situación de pobreza de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Paz de la ciudad de Chiclayo, donde trabajó con una muestra conformada por 93 alumnos, haciendo uso del diseño descriptivo correlacional, utilizando los instrumentos para la medición de las variables: La Escala de Resiliencia para Adolescentes (ERA) y el Inventario de Negligencia Física Infantil (INFI) y una ficha socioeconómica; encontrando los siguientes resultados: Correlación altamente significativa entre ambas variables, y relación significativa entre las áreas de Insight, independencia, moralidad, iniciativa, creatividad, humor y la variable Negligencia Física. Resiliencia en nivel alto, el de mayor predominio es iniciativa; el nivel de negligencia física es de 57,8%

En base a los resultados se puede concluir que hay relación altamente significativa entre la resiliencia y la negligencia física, y el 57.8% de los alumnos presento negligencia.

Irigoín (2010), en su investigación, Relación entre las estrategias de afrontamiento y depresión en los alumnos del nivel secundario de la Institución Educativa Nacional José María Arguedas del distrito La

Victoria de la ciudad de Chiclayo, con una población de 1355 alumnos y muestra de 299 adolescentes de ambos sexos, haciendo uso del diseño descriptivo – correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes (ACS) y el Children Depression Scale (CDS). Los resultados obtenidos indican que existe relación significativa entre las estrategias: hacerse ilusiones, ignorar el problema, fijarse en lo positivo y la depresión; asimismo, existe relación altamente significativa entre las estrategias de afrontamiento: buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problemas, esforzarse y tener éxito, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, autoinculparse, reservarlo para sí y distracción física con la depresión. En cuanto a la depresión medida, los adolescentes se ubican en un nivel de depresión media alta.

En base a los resultados se puede concluir que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la depresión, en la cual los adolescentes evidencian un nivel de depresión media alta.

2.2. Base teórica científicas

2.2.1. Maltrato pasivo

2.2.1.1. Alcances conceptuales

Alarcón y Contreras (2011) mencionan que el maltrato pasivo o abandono de los niños implica no hacerse cargo de ellos y dejar que cada uno se las arregle como puede. El abandono es más frecuente aun cuando se trata de niños con limitaciones físicas o intelectuales.

American Junior College (2014), menciona que el maltrato pasivo se refiere a la omisión de intervenciones y/o de discursos necesarios para asegurar el bienestar de los niños y niñas, correspondiendo a situaciones de negligencia o violencia por omisión.

Barudy (2011) menciona que el maltrato pasivo se refiere a la omisión de cuidados, del afecto y de las palabras que un niño o niña necesita para desarrollarse sanamente, y corresponde a las situaciones de negligencia o violencia por omisión.

Bautista (2007) menciona que la violencia pasiva o maltrato pasivo usualmente se manifiesta como una agresión insospechada, es posible que el agresor no esté siendo consciente de ello pero agrede; también es posible que se efectúe de modo consciente, pero en la gran mayoría de los casos, el agresor lo hace sin pensar en el efecto que causa el comportamiento.

Cáceres (2010) menciona que el maltrato pasivo comprende el abandono físico, que ocurre cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro del grupo que convive con él. También comprende el abandono emocional que consiste en la falta de respuesta a las necesidades contacto físico y caricias y la indiferencia frente a los estados anímicos del menor.

Casado y Martínez (1997, Como se citó en Martínez, 2010), el concepto de maltrato pasivo está explícito en la definición de maltrato infantil ya que por omisión, negligencia y claramente en los casos de abandono, se priva al niño de sus derechos y bienestar y se interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, y se distinguen claramente tres grandes grupos de maltrato pasivo: el abandono físico, la negligencia, y el abandono o carencia afectiva.

Enríquez (2004), menciona que el maltrato pasivo puede ser visible (negligencia) o invisible (abandono). La negligencia física es la falta de atención temporal o permanente por algún miembro del grupo que convive con el niño a las necesidades básicas del menor. La negligencia psíquica, es la falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable. El abandono, es la delegación total de los padres/adultos del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del menor.

Espinosa, Mercado, Pérez, y Espinosa (2013) mencionan que el maltrato pasivo se refiere a la omisión, a las conductas de evitación, a través de las cuales se trata de ignorar la presencia de la otra persona.

Fontemachi (2012) El maltrato pasivo es aquel que se produce cuando se dejan de atender las necesidades básicas de los niños y es uno de los más denunciados.

Martos (2009) menciona que el maltrato pasivo es la falta de atención hacia la víctima, cuando ésta depende del agresor, como

sucede con los niños, los ancianos y los discapacitados o cualquier situación de dependencia de la víctima respecto al agresor. Hay una forma importante de maltrato pasivo, que es el abandono emocional. Ancianos, menores o discapacitados abandonados por sus familias en instituciones que cuidan de ellos, pero que jamás reciben una visita, una llamada o una caricia. Víctimas de abandono emocional son los niños que no reciben afecto o atención de sus padres, los niños que no tienen cabida en las vidas de los adultos y cuyas expresiones emocionales de risa o llanto no reciben respuesta. Son formas de maltrato no reconocido.

Organización Mundial de la Salud (2001, como se citó en Calvo, 2013) menciona que el maltrato pasivo o negligencia es la omisión, por parte del adulto/a cuidador/a, de proveer aquello que el niño/a necesita para su desarrollo en cualquiera de las áreas: salud, educación, desarrollo emocional, alimentación, vivienda y condiciones seguras de vida. Esta omisión se puede encuadrar como negligencia cuando tiene una alta probabilidad de producir daños en la salud o el desarrollo psicofísico, mental, espiritual, moral o social del niño/a, siempre que esté dentro del contexto de recursos disponibles para la familia o los cuidadores. La negligencia incluye la falta de supervisión y de protección

adecuadas ante las posibilidades de que el niño/a padezca algún daño.

Organización Mundial de la Salud (2002, Como se citó en Murueta y Orozco, 2015) menciona que la violencia o maltrato pasivo se refiere a la omisión de acciones o intervenciones necesarias para el bienestar del otro y se conoce como negligencia o maltrato por omisión, que generalmente involucra a niños y mujeres como víctimas, o bien, a personas adultas que por alguna razón se encuentran incapacitadas para cuidar de sí mismas.

Perez y Sandoval (2011), mencionan que el maltrato pasivo se encuentra ligado al abandono emocional, donde el niño no recibe afecto, estimulación, atención a sus padres, los niños que no tienen cabida en las vidas de los adultos y cuyas expresiones emocionales de risa o llanto no reciben respuesta, teniendo deficiencia de apoyo y protección necesarios para cada etapa en su evolución personal, siendo formas de maltrato no reconocido.

Tabera y Rodríguez (2010), distingue en función del maltrato pasivo (omisión) a la negligencia y al abandono emocional; siendo la negligencia, cuando no se cubren los aspectos básicos esenciales para el desarrollo de las capacidades físicas,

intelectuales y emocionales del niño por parte de los padres o del cuidador responsable, bien de modo temporal o bien de modo permanente; el abandono emocional es la falta persistente a señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciales por el niño y la falta de interacción por parte de una figura estable, y pasivamente se aísla o se ignora al menor.

Tabla 2.1

Cuadro comparativo de las definiciones de Maltrato Pasivo.

Cuadro comparativo de maltrato pasivo	
Alarcón & Contreras (2011)	Implica no hacerse cargo de los niños y dejar que cada uno se las arregle como puede.
American Junior College (2014)	Es la omisión de intervenciones para asegurar el bienestar de los niños y niñas.
Barudy (2011)	Omisión de cuidados, del afecto y de las palabras que un niño o niña necesita
Bautista (2007)	Se manifiesta como una agresión insospechada, no consciente.
Cáceres (2010)	Las necesidades físicas básicas y emocionales del menor no son atendidas

	por ningún miembro del grupo que convive con él.
Casado & Martínez, (1997, como se citó en Martínez, 2010)	Se priva al niño de sus derechos y bienestar y se interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, y se agrupan en abandono, negligencia y carencia afectiva.
Enríquez, (2004)	Puede ser visible (negligencia), o invisible (abandono)
Espinosa et., al. (2013)	Es la omisión, a las conductas de evitación para ignorar la presencia de otra persona.
Fontemachi (2012)	Se dejan de atender las necesidades básicas de los niños y es uno de los más denunciados.
Martos (2009)	La falta de atención hacia la víctima, cuando ésta depende del agresor.
OMS (2001, Como se citó en Calvo, 2013)	Es la omisión, por parte del adulto/a cuidador/a, de proveer aquello que el niño/a necesita para su desarrollo.
OMS (2002, Como se citó en Murueta & Orozco, 2015)	Omisión de acciones o intervenciones necesarias para el bienestar del otro.

Perez & Sandoval (2011)	El niño no recibe afecto, estimulación, atención de sus padres.
Tabera & Rodriguez (2010)	Distingue a la negligencia (resguardo básico) y al abandono emocional (expresiones emocionales).

En cuanto al maltrato pasivo los diferentes autores no concuerdan del todo en cuanto a las formas de maltrato pasivo: abandono, negligencia y carencia afectiva; negligencia y abandono; negligencia y abandono emocional. Por otro lado si bien no existe un consenso con respecto a la definición de la variable, se puede plantear un asentimiento entre los diferentes puntos de vista, llegando a la conclusión de que el maltrato pasivo en cualquiera de sus formas implica la no atención de las necesidades sean físicas o emocionales; acciones o intervenciones por parte de cuidadores sean padres, familiares o tutor; estimulación oportuna; resguardo, cuidado y protección; expresiones afectivas; evitación y privación de derechos; impidiendo el bienestar del niño lo cual interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, siendo el tipo de maltrato más denunciado y su manifestación es muchas veces insospechada o no consciente por parte de los agresores.

2.2.1.2. Clasificación del maltrato pasivo

Según Murueta y Orozco (2015) el maltrato pasivo se puede clasificar de la siguiente forma:

A. Abandono físico

Se presenta cuando los padres no proveen a sus hijos de los medios que satisfagan sus necesidades físicas básicas, tales como alimentación, abrigo, vestimenta, atención médica adecuada y/o supervisión. Esta clase de maltrato propicia desnutrición o diferentes enfermedades por descuido que son difíciles de detectar, porque no se ven lesiones físicas.

B. Abandono emocional

Se manifiesta con la falta de respuesta a las señales de llanto, sonrisa u otras expresiones emocionales del niño, así como a sus conductas de interacción física. También se manifiesta con la falta de iniciativa de contacto, lo que implica la no satisfacción de necesidades afectivas y de apoyo emocional.

C. Atestiguamiento de violencia

Se manifiesta cuando los padres protagonizan episodios cotidianos de violencia (simétrica o asimétrica) haciendo caso omiso de la presencia de sus hijos. Los niños que son espectadores de violencia en sus casas (aunque no sean víctimas de forma activa de ella) pueden aprender a utilizar la agresión como medio para resolver problemas (Olaya, Tarragona, De la Osa, & Ezpeleta, 2008), o bien, sentirse asustados y confundidos por no recibir el beneficio de un ambiente seguro.

2.2.1.3. Tipología del maltrato pasivo

Según Simón, López y Linaza (2000, como se citó en Acevedo, 2010), el maltrato pasivo muestra la siguiente tipología:

A. Abandono físico.

Situación en que las necesidades básicas del niño(a) (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas o cuidados médicos) no son atendidas temporalmente o en forma permanente por ningún miembro del grupo que convive con el niño(a). El abandono es

entendido de igual manera como el desprendimiento total del niño(a), esta forma de maltrato ocasiona problemas sociales, tales como la indigencia y el fenómeno del niño en la calle. En esta categoría se incluyen entre otros: abandono temporal o permanente, desatención grave de las necesidades médicas, higiénicas, nutricionales y educacionales, y el permiso tácito de conductas desadaptativas (delincuencia, uso de drogas). La negligencia es el descuido intencional del niño(a) al que se le niega los cuidados y elementos indispensables para su crecimiento y desarrollo, como alimentación y atención médica.

Indicadores observables.

- a. Consecuencias por negligencias en la alimentación (de privación de alimentos, dietas inadecuadas): malnutrición protéico-energética aguda y/o crónica (tipos kwashiorkor o marasmático); obesidad; fallo de medro; retraso de crecimiento; raquitismo; microcefalia; anemias (principalmente ferropénica); déficit de vitaminas; déficit de oligoelementos; palidez, cansancio inapropiado para su edad y apatía permanente; retrasos en el desarrollo psicomotor; retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje; retraso en el desarrollo puberal.

- b. Consecuencias por falta de higiene en el hogar: infecciones recurrentes y/o persistentes del aparato digestivo, bacterianas o parasitarias, por pobre higiene en el hogar y/o ingesta no supervisada de aguas no potables o residuales; infecciones del aparato respiratorio y crisis de asma bronquial recurrentes y/o persistentes, por pobre higiene en el hogar, presencia de humedad y hongos ambientales y exposición continuada a humo de tabaco.
- c. Consecuencias por falta de aseo: mal olor; vestuario inapropiado, inadecuado, sucio; pelo seco, fino y escaso, pelo largo, sucio y descuidado, áreas alopécicas, piojos, liendres; uñas sucias, largas, amarillentas, engrosadas; piel sucia, con roña ("coraza indisoluble"), con costras, con pliegues cutáneos macerados; eccemas, micosis, eritema genital del lactante severo y con dibujo geométrico coincidente con el del área del pañal, vulvovaginitis inespecíficas en niñas pequeñas.
- d. Consecuencias por permanencia prolongada fuera del hogar con exposiciones climáticas adversas: eritema pernio, neumonía, hipotermia, congelación; quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación.

- e. Consecuencias por negligencias en el cuidado odontológico: caries en número abundante y no tratadas; falta de dientes; flemones repetidos, granulomas y otras enfermedades periodontales; pérdida del color normal de los dientes.

- f. Consecuencias por la falta de seguridad en el hogar y/o supervisión parental: caídas, escaldaduras, ingestiones de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamientos, incendio del hogar, morbilidad y secuelas por accidentes, muerte.

- g. Consecuencias por negligencias en el cuidado médico: por despreocupación de los cuidados básicos de salud (vacunaciones ausentes o incompletas, ausencia de cribado y detección precoz de enfermedades, etc.): enfermedades infecto-contagiosas evitables por vacunación y sus complicaciones y secuelas, estrabismo, ambliopía, sordera, escoliosis, luxación de cadera, criptorquidia, etc. Por despreocupación en la atención a las enfermedades (retraso en la búsqueda de asistencia en procesos graves, se niega la aplicación de determinadas medidas indispensables para salvar al niño, se aportan datos insuficientes, no se cumplen los tratamientos prescritos, se ignoran los consejos ante las enfermedades crónicas, existe despreocupación en las enfermedades incapacitantes):

enfermedades reconocidas cuando el niño está seriamente enfermo o moribundo, enfermedades prolongadas, complicaciones evitables, muerte.

- h. Realiza comentarios acerca de los cuidados deficitarios que recibe o expresa que no hay nadie que le cuide.

Indicadores de Comportamiento

- a. Presenta retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje.
- b. Presenta retrasos en el desarrollo del lenguaje y vocabulario.
- c. Muestra escasa destreza para la comunicación y para la adquisición de vínculos con otros niños o adultos.
- d. Ausentismo escolar. Llega demasiado pronto al colegio o se va muy tarde. Se suele quedar dormido en clase.
- e. Muestra comportamientos autogratificantes y realiza movimientos autoestimulativos.

- f. Déficit de atención con/sin hiperactividad. Fracaso escolar.
- g. Muestra inmadurez emocional y tiene tendencia a la fantasía.
- h. Presenta conductas dirigidas a llamar la atención del adulto.
Autoagresiones.
- i. Presenta apatía, somnolencia, tristeza, mutismo y/o falta de reacción ante estímulos externos.
- j. Tiene comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), participa en actividades delictivas y/o práctica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol; actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas; promiscuidad sexual, prostitución)
- k. Pide o roba comida; mendiga o realiza trabajos inapropiados para su edad.

B. Abandono emocional.

Es definido como la falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductas

procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño(a) y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta. Se presenta de igual manera cuando el niño(a) no recibe afecto, la estimulación, el apoyo y proyección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo.

Indicadores del comportamiento

- a. Muestra desconfianza hacia el adulto en sus promesas o actitudes positivas.
- b. Es apático en las relaciones con los progenitores.
- c. Presenta una paradójica reacción de fácil adaptación a los desconocidos.
- d. Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente; busca contactos físicos inapropiados.
- e. Exhibe una ausencia de respuesta ante los estímulos sociales.
- f. Se inhibe en el juego con otros niños.

- g. Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado "de adultos" (hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis) indicando una inmadurez socio-emocional.
- h. Tiene dificultad de adaptación a situaciones cotidianas y escasa habilidad en situaciones conflictivas.
- i. Presenta un carácter asustadizo, tímido, pasivo o, por el contrario, comportamientos compulsivos, negativistas o agresivos; presenta disminución de la capacidad de atención, trastornos del aprendizaje, retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar.
- j. Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación (anorexia, bulimia).
- k. Puede presentar de igual manera trastornos en las funciones relacionadas con el sueño (insomnio, terror nocturno).
- l. Presenta trastornos en las funciones relacionadas con el control de esfínteres (enuresis, encopresis).

- m. Presenta trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión).
- n. Exterioriza trastornos psicósomáticos (cefaleas, abdominalgias) o finge síntomas.
- o. Tiene baja autoestima y una visión negativa del mundo y de los progenitores; está deprimido; exhibe conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio.
- p. Tiene comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol; actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas; promiscuidad sexual, prostitución).

2.2.1.4. Dimensiones del maltrato pasivo

Según Casado y Martínez (1997, como se citó en Martínez, 2010), menciona que el maltrato pasivo muestra las siguientes dimensiones:

A. Abandono Físico.

El abandono físico de los niños puede ocurrir de uno o de ambos padres, los cuales delegan a un familiar (hermanos, tíos o abuelos) las responsabilidades paternas, o en muchos casos los dejan en la calle.

A su vez, el abandono es conocido como desamparo, y se considera situación de desamparo la que se produce de hecho a causa de incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

B. Negligencia.

Representa la forma más frecuente de maltrato en comparación con el maltrato físico, emocional, abuso sexual; siendo esta la que precede frecuentemente al maltrato físico.

Asimismo, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) define a la negligencia infantil como cualquier acto atroz u omisión por parte de un progenitor o cuidador, confirmado o sospechado,

que prive al niño de alguna necesidad básica correspondiente a su edad y que en consecuencia provoque o genere una probabilidad razonable de provocar un daño físico o psicológico en el niño. La negligencia infantil incluye el abandono, la falta de supervisión adecuada, la falta de atención a las necesidades emocionales o psicológicas y el hecho de no proporcionar la necesaria educación, asistencia médica, nutrición, residencia o vestido.

La negligencia, en relación con el cuidado de un menor, está en función de múltiples variables como la edad del niño, su competencia y autonomía, el tiempo de desatención... y de dos requisitos básicos:

- a. Que la situación del niño hiciese evidente la necesidad del adulto para su protección y cuidado.
- b. Que las condiciones físicas y económicas del padre o responsable fueran suficientes para proporcionar el cuidado, la protección y la supervisión necesarios.

La negligencia, y en su extremo final el abandono, serían «aquellas situaciones donde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las

situaciones potencialmente peligrosas, educación y/ o cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño». Además es necesaria la presencia de los siguientes criterios:

a. Cronicidad. Debemos observar algún indicador físico de forma reiterada y continua para señalar un caso como negligente.

b. Omisión. Lo que provoca la falta de satisfacción de las necesidades básicas del niño es siempre una omisión de ciertos comportamientos por parte de los responsables del niño.

c. Indicadores y formas de negligencia en los niños:

d. Higiene. Niño habitualmente sucio o con mala higiene: lactantes con dermatitis del pañal rebeldes al tratamiento; infecciones cutáneas o impétigos de repetición.

e. Vestido. Ropa habitualmente rota, sucia, descuidada o inadecuada frente al tiempo atmosférico.

f. Alimentación. Falta de aporte calórico suficiente; falta de nutrientes específicos por dietas restrictivas secundarias a

ideologías de los padres (vegetarianos estrictos...) que pueden conducir a una malnutrición clínica o subclínica. En sentido inverso, hay estudios que observan que los niños que han sufrido negligencia tienen un riesgo elevado de ser adultos obesos.

g. Atención médica. Ausencia o mala cumplimentación del calendario vacunal y revisiones periódicas; falta de seguimiento de los tratamientos médicos; consultas injustificadas a urgencias, como forma habitual y descontrolada de atención sanitaria.

h. Retrasos madurativos o de crecimiento de causa no orgánica.

i. Inadecuación de medidas higiénicas y de seguridad del hogar.

j. Educación. Inasistencia repetida o injustificada a la escuela; habitualmente llega tarde; falta de escolarización a la edad obligatoria; escasa supervisión de las tareas y requerimientos escolares, con repercusión en el rendimiento escolar.

k. Ocio. Inadecuado para la edad; largos tiempos televisivos que suplen el tiempo de convivencia familiar; adolescentes con

enormes cantidades de tiempo libre no supervisado, y riesgo de entrar en contacto con ambientes pre-delictivos o toxicomanías. Estas últimas son formas de semi-abandono o abandono sutil, muy frecuente en nuestra sociedad y en ambientes socioeconómicos no deprimidos.

l. Supervisión. Accidentes o lesiones repetidas que hagan sospechar que el niño pasa mucho tiempo sin vigilancia de adultos; niños menores al cuidado de hermanos pequeños, obligados a una responsabilidad desproporcionada para su edad.

m. Exposición pasiva al humo del tabaco. Para algunos autores constituye quizá la forma de negligencia más frecuente y socialmente aceptada, con repercusión clara en determinados niños, como los asmáticos.

La negligencia en la infancia ocurre en todos los periodos evolutivos, pero es un problema especialmente crítico en la edad preescolar, por la gran vulnerabilidad y dependencia del adulto del niño, y en la adolescencia, en donde adquiere unas características especiales. En este periodo de la vida puede emerger una conducta negligente de los padres, con dos patrones diferentes:

- a. Padres que literalmente abandonan sus responsabilidades hacia el hijo adolescente por sentirse incapaces de manejarlo. Rehúyen participar en la solución de los problemas, buscando ayuda externa como medida de autoprotección frente a sentimientos de fracaso.

- b. Padres que atraviesan una crisis situacional, generalmente separación o divorcio. Los hijos adolescentes pueden sufrir una privación clara de sus necesidades físicas, emocionales o de supervisión por parte de unos padres preocupados exclusivamente en invertir toda su energía en comenzar una nueva vida.

C. Carencia Afectiva.

La carencia afectiva fue objeto de importantes investigaciones en los años 1940 a 1960, siendo los trabajos de Spitz en relación con el hospitalismo grave y la depresión anaclítica, y de Bowlby, que estudió las consecuencias de la separación afectiva en niños pequeños, de obligada referencia.

Casado menciona que Spitz en 1965 comparó el desarrollo psicoafectivo de dos grupos de niños: hijos de madres reclusas que

atendían directamente a sus hijos, y niños que vivían en orfanatos, con adecuados cuidados físicos, pero sin contacto materno. Este último grupo fue el que desarrolló el cuadro de «depresión anaclítica» tras una fase de protesta, pérdida de peso, detención del desarrollo, y posterior retraimiento y rechazo de todo contacto.

Aunque metodológicamente, el trabajo fue muy criticado, por la ausencia de exploraciones complementarias que descartaran enfermedades somáticas asociadas, este hecho no merma la enorme función sensibilizadora que este trabajo tuvo en su época. Asimismo Casado indica que Bowlby en 1986 desarrolló su teoría del apego y la vinculación afectiva, basada en que el ser humano necesita para un adecuado desarrollo establecer vínculos estables con sus progenitores o quienes asuman su función. Un rasgo esencial de esta vinculación es que ambas partes tienden a permanecer en mutua proximidad, generando estados subjetivos de bienestar, mientras la amenaza de pérdida genera gran ansiedad. Muchos trastornos posteriores de la personalidad pueden corresponder a alteraciones del establecimiento de vínculos en la primera infancia.

En nuestros días la noción de carencia de cuidados maternos continúa teniendo gran importancia, pero desde una

óptica algo modificada. La familia nuclear sigue siendo el modo de organización social más frecuente; por ello hablaremos fundamentalmente de las perturbaciones en el seno de la familia. Podemos considerar a efectos didácticos tres grupos de alteraciones: carencia por insuficiencia materna, carencia por discontinuidad y carencia por distorsión.

a. Carencia por Insuficiencia (hospitalismo)

Acontece en familias que no son capaces de proporcionar a sus hijos la estimulación necesaria, como padres con enfermedades mentales severas, alcoholismo o drogadicción.

b. Carencia por discontinuidad (separación)

Viene a ser la reacción de separación o pérdida física de la figura materna, descrita por Bowlby en niños pequeños, presenta tres fases: fase de protesta, fase de desesperación y finalmente fase de distanciamiento afectivo. Si la separación se prolonga, el niño acaba adaptándose y reestableciendo nuevos vínculos afectivos con quienes le cuidan. Las separaciones repetidas pueden ser igualmente nocivas especialmente si el niño queda a cargo de múltiples cuidadores, desarrollándose una extrema sensibilidad,

una angustia permanente, y una privación afectiva por pérdida de la asistencia materna, y no necesariamente de la figura materna.

Aunque las experiencias de privación tienen impacto a cualquier edad, en términos generales podemos decir que cuanto menos tiempo de carencia afectiva haya ocurrido en el primer año de vida, mayores posibilidades de desarrollo normal posterior. Después del primer año, cuanto mayor sea el niño al iniciarse la carencia, más fácil será la reparación del daño producido. Sin embargo hay alteraciones que tienden a persistir en el tiempo, como serían las que afectan a la función verbal, a la abstracción y a la capacidad para construir relaciones personales sólidas y duraderas.

c. Carencia por distorsión (familias problemáticas)

Las familias con problemas socioeconómicos graves y crónicos no siempre presentan el mismo perfil. Pero es frecuente encontrar una historia de múltiples rupturas y uniones, con una familia constituida más bien por figuras maternas (abuela, madre e hijos), y figuras paternas que ocupan lugares secundarios (paro, enfermedad, ausencia, etc.).

Existe una tendencia acumulativa de factores de riesgo en familias pobres, que interactúan de forma sinérgica o aditiva con las capacidades innatas y los aspectos vulnerables de cada niño concreto. Es frecuente que la primera infancia esté jalonada de episodios de enfermedades somáticas y negligencia; en la edad escolar el lenguaje está perturbado y existen problemas de rendimiento; los adolescentes presentan trastornos de conducta con alternancia de inhibición o retraimiento y conducta antisocial. El riesgo de marginación, delincuencia y psicopatía es grande.

2.2.2. Depresión infantil

2.2.2.1. Alcances conceptuales

Abraham (1924) menciona que la depresión infantil es una reacción emocional ante la experiencia traumática de una pérdida de objeto el que acontece en el horizonte del complejo de Edipo. Así, el afecto depresivo implica para el infante el sentirse decepcionado, traicionado o abandonado por su objeto amoroso y, a partir de allí, sentimientos de odio, rabia y resignación, de estar abandonado y sin esperanza.

Ajuriaguerra (2005) menciona que el término depresión no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto. La depresión infantil no tiene el mismo contenido y representa una experiencia diferente según la edad. Considerada por unos como una fase normal de la evolución, y para otros un fenómeno patológico. Este estado se confirma cuando el niño se autocrítica de forma exagerada, cuando expresa sentimientos de desadaptación, dificultades para dormir y temores exagerados sobre la muerte. Asimismo la perturbación más frecuente en la sintomatología depresiva sería una imagen negativa de sí mismo; los niños describen a sí mismos como estúpidos o temen fracasar o sufrir una acción injusta por parte de los demás; tienen un sentimiento profundamente arraigado de ser malos, con sentimientos de autocrítica y de degradación. A veces la dificultad para manejar la agresividad es el síntoma más frecuente, ya se manifieste en forma directa y primitiva, o lo haga de una forma deliberada; puede ser manifestada directamente contra el objeto, pero en general es desviada.

Arevalo (2008) menciona que la depresión en niños y adolescentes se manifiesta de dos formas: síntoma de estado de ánimo disfórico y síntoma de ideas de autodesprecio. En la primera, el niño expresa una visión negativa de sí mismo y en la segunda

revela una visión negativa del medio y futuro, siendo estos los rasgos más frecuentes.

Bowlby (1980) menciona que la depresión infantil surge como respuesta a una pérdida afectiva temprana, vivenciada como desapego traumático; no pocas veces el trasfondo es una identificación con el objeto perdido, en la línea de lo sugerido por Freud. Así, la terapia pasa por un trabajo de duelo, es decir, por reconocer la realidad de la pérdida y/o del desapego, en un espacio de acogida que no sea retraumatizante.

Freud (1917) menciona que la depresión responde a una pérdida de objeto inconsciente, donde la persona «sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él» y que conlleva tanto una identificación ambivalente con el objeto resignado como una regresión de la libido al yo.

Klein (1957) menciona que la depresión es un modo de funcionamiento mental, que es experimentado inicialmente a mediados del primer año de vida y que retorna con intensidad mórbida en la depresión, su expresión psicopatológica. Para Klein hay en la depresión infantil una regresión a un estado mental que aporta una fuerza saludable, en tanto indica presencia de afectos

amorosos, conciencia por la propia destructividad y apertura hacia la reparación y el crecimiento emocional.

Koplow (2005, como se citó en Milicic, Mena, López y Justiniano, 2012) menciona que la depresión infantil se presenta de múltiples maneras y a través de una diversidad importante de síntomas, aun cuando también en los niños está presente la misma tríada depresiva descrita para adultos –desvitalización, culpa y baja autoestima. Los síntomas de la depresión infantil pueden incluir trastornos alimenticios, trastornos del sueño y problemas psicosomáticos. Los problemas conductuales que podemos reconocer en ellos son el comportamiento burlón y provocativo, la irritabilidad e hiperactividad, la agresión e inquietud. También, la ansiedad, intolerancia, encopresis, mutismo selectivo y aislamiento de los pares

Lacan (1977) menciona que la depresión infantil, se trataría de la defensa narcisista frente a la amenaza de ser desalojado y sustituido del lugar de complemento fálico del Otro, particularmente de la madre.

León (2013) habla sobre la depresión infantil latente que es una reacción de adaptación del niño a las necesidades parentales,

en perjuicio de su propia expresión emocional, reacción que obedece a un mandato de lealtad inconsciente y que lleva a la sedimentación de una coraza de grandiosidad, encubridora de profundos vacíos afectivos. Dicho de otro modo: muchas depresiones adultas manifiestas son retornos de depresiones infantiles latentes, no vivenciadas como tal en la niñez

Miller (1998) menciona que la depresión infantil suele verse enmascarada por una fachada de sobreadaptación, efecto de la acomodación precoz del niño a las necesidades parentales, especialmente maternas.

Otero (2014) menciona que la depresión en niños presenta, por lo general, diferentes grados de dificultad en desarrollo social y escolar. El niño al carecer de poder, conocimiento, fuerza, experiencia, etc., se encuentra a merced del mundo de los mayores. Precisa de la protección familiar para sostener los sentimientos de pertenencia y amparo, ambos indispensables en el desarrollo; y para lograr una preparación conveniente destinada a enfrentar las vicisitudes de la vida.

Petti (1993, como se citó en Gento & Sánchez, 2010) menciona que existen algunos aspectos confusos en torno a la

depresión infantil: el primero es el de que la depresión es un síntoma que se manifiesta en todas las categorías diagnósticas de la psicopatología infantil; segundo, la depresión puede servir de prototipo para trastornos psiquiátricos de la infancia; tercero, la investigación científica ha sido mínima en estas áreas infantiles.

Spitz (1946, como se citó en Gento et al. 2010) menciona que los niños que sufren una carencia emocional pueden presentar una depresión anaclítica, que se caracteriza por un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y un trastorno de desarrollo en el peso general.

Winnicott (1958) menciona que la depresión infantil es una psicopatología vinculada con la represión culposa de la agresión, correlativa con la ausencia de ambiente sostenedor; pero al mismo tiempo es una señal saludable, en la medida en que nos indica que el niño o la niña ha adquirido un importante grado de maduración emocional e integración psíquica, suficiente como para experimentar amor y odio hacia un mismo objeto.

Tabla 2.2

Cuadro comparativo de las definiciones de depresión infantil.

Cuadro Comparativo de la Depresión Infantil	
Abraham (1924)	Es una reacción emocional ante la experiencia traumática de una pérdida de objeto el que acontece en el horizonte del complejo de Edipo
Ajuriaguerra (2005)	Autocritica de forma exagerada, sentimientos de desadaptación, dificultades para dormir y temores exagerados sobre la muerte, imagen negativa.
Arevalo (2008)	Se manifiesta por visión negativa de sí mismo y visión negativa del medio y futuro.
Bowlby (1980)	Surge como respuesta a una pérdida afectiva temprana, vivenciada como desapego traumático
Freud (1917)	Responde a una pérdida de objeto inconsciente
Klein (1957)	Regresión a un estado mental que aporta una fuerza saludable
Koplow (2005, como se citó en Milicic, et., al. 2012)	Está presente la misma tríada depresiva descrita para adultos: desvitalización, culpa y baja autoestima.

Lacan (1977)	Defensa narcisista frente a la amenaza de ser desalojado y sustituido del lugar de complemento fálico del Otro.
León (2013)	Reacción de adaptación del niño a las necesidades parentales, en perjuicio de su propia expresión emocional, las cuales se manifiestan en la vida adulta.
Miller (1998)	Suele verse enmascarada por una fachada de sobreadaptación.
Otero (2014)	Presenta, por lo general, diferentes grados de dificultad en desarrollo social y escolar
Petti (1993, Como se citó en Gento et al. 2010)	Existen tres aspectos confusos: sintomatología presente en psicopatología infantil, prototipo para trastornos psiquiátricos, carencia de investigaciones de respaldo.
Spitz (1946, como se citó en Gento et al. (2010)	Menciona a la depresión anaclítica caracterizado por desinterés, pérdida de apetito, trastorno de desarrollo en el peso.

Winnicott (1958)	Es una psicopatología vinculada con la represión culposa de la agresión, correlativa con la ausencia de ambiente sostenedor.
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El término depresión infantil ha variado y sufrido una evolución constante con el pasar de los años y las investigaciones realizadas, en un principio las definiciones se asociaban a buscar la etiología, y luego a describir como se manifiesta y las características de la misma; se le ha apreciado desde dos formas, como medio de desarrollo saludable del niño, y como desencadenante de dificultades en el desarrollo. En base a estos cambios se puede decir que la depresión infantil es una reacción emocional relacionada a la pérdida de objeto ocasionada por la ausencia de un ambiente sostenedor y/o pérdida afectiva, y se manifiesta por una autocrítica exagerada, sentimientos de desadaptación, dificultades para dormir, temores exagerados sobre la muerte, visión negativa de sí mismo, del medio y del futuro, desinterés, pérdida de apetito, culpa, baja autoestima y puede verse enmascarada como sobreadaptación, desencadenando diferentes grados de dificultad en el desarrollo social y escolar.

2.2.2.2. Teorías explicativas de la depresión

Según Mendéz Carrillo, F. (2011), existen diversas teorías de explicación sobre la aparición de la depresión, visto desde diversos los cuales se acogen de la siguiente forma:

A. Teorías psicológicas

Modelo socioambiental

La depresión se debe principalmente a una tasa de reforzamiento positivo baja el cual consiste en proporcionar un estímulo placentero después de realizar una conducta concreta, de forma que tiende a repetirse, haciendo más fuerte la conducta reforzada (Lewinsohn, 1974, como se citó en Mendéz. 2011)

Un nivel bajo de reforzamiento positivo se explica por estas razones:

- a. El ambiente dispone de escasos reforzadores.
- b. Las habilidades del niño para obtener reforzadores son deficitarias.

c. Los eventos potencialmente reforzantes no son muy numerosos, intensos o variados.

La depresión aparece también por una tasa de estimulación aversiva y de castigo alta. Un estímulo aversivo se evita siempre que es posible, ya que produce malestar y sufrimiento. Los niños en ambientes muy problemáticos, con insuficientes habilidades para enfrentarse a situaciones desagradables y con elevada sensibilidad ante acontecimientos negativos se sienten desdichados. Climas familiares enrarecidos, conflictos conyugales, malos tratos, abusos sexuales, rechazo social, constituyen entornos y experiencias aversivas. Escasa tolerancia a la frustración, mínima capacidad de sacrificio, preocupación exagerada ante las críticas de los demás acentúan la vulnerabilidad infantil para la depresión.

Niveles bajos de reforzamiento positivo y altos de estimulación aversiva o castigo explican la depresión. A más sucesos negativos y menos hechos positivos, más sufrimiento y tristeza, menos felicidad y alegría. No obstante, la depresión se desencadena frecuentemente coincidiendo con cambios bruscos (Ferster, 1973. Como se citó en Mendez, 2011).

Modelo de indefensión aprendida

Educación consiste, entre otras cosas, en reforzar los comportamientos infantiles deseados, y en ignorar o castigar las conductas no deseables, cuando el niño aprende que unas acciones van seguidas de consecuencias positivas, mientras que otras no producen ningún resultado o sus consecuencias son negativas predice que si se comporta bien en casa, sí trabaja en el colegio obtendrá la felicitación de las personas que le rodean o, en caso contrario, su reprobación. Sin embargo, cuando se rompe la relación entre un determinado comportamiento y sus consecuencias habituales, el joven no sabe qué esperar de la situación.

Para Seligman (1975, como se citó en Mendez, 2011), la depresión se origina porque la persona vive situaciones incontrolables, aquellas en las que la probabilidad de obtener determinadas consecuencias es la misma sí se realiza una acción voluntaria como si no. Para que se desencadene la depresión es necesario que el sujeto prediga que carece de control sobre la situación, que genere expectativas de incontrolabilidad. Las expectativas de falta de control producen déficits característicos de la depresión, desesperanza, desmotivación, dificultad para nuevos aprendizajes

adaptativos. Sin embargo, no todos los jóvenes expuestos a situaciones incontrolables y con expectativas de incontrolabilidad desarrollan depresión.

Para explicar estas diferencias individuales, Abramson, Seligman y Teasdale (1978, como se citó en Mendez, 2011) reformularon la propuesta inicial incluyendo las atribuciones.

- a. Atribución personal o universal. La indefensión es más grave cuando los fracasos se atribuyen a factores internos (dimensión severidad).
- b. Atribución global o específica. La indefensión se generaliza más al atribuir los fracasos a factores globales, ya que no se controlan numerosas situaciones para resolverlas exitosamente (dimensión situacional).
- c. Atribución estable o inestable. La indefensión es más duradera cuando los fracasos se atribuyen a factores estables (dimensión temporal).

Modelo cognitivo

La base de la depresión radica en la forma distorsionada de pensar de algunas personas, que incluso transforman los acontecimientos positivos en negativos. Los sentimientos de tristeza dependen, más que de los sucesos en sí que de la interpretación que se hace de ellos.

Las personas deprimidas aceptan la validez de sus pensamientos negativos, que persisten a pesar de datos objetivos que los contradicen, porque sistemáticamente incurren en errores lógicos.

- a. Inferencia arbitraria. Es la extracción de conclusiones sin información suficiente o incluso con evidencia en contra.
- b. Abstracción selectiva. Se centra la atención en detalles irrelevantes, mientras que se ignoran aspectos significativos.
- c. Sobregeneralización. Consiste en sacar conclusiones generales de hechos particulares.
- d. Magnificación y minimización. Exagera las dificultades y eventos negativos; por otro, infravalora las habilidades.

- e. Personalización. El deprimido se siente responsable de acontecimientos negativos que en realidad no dependen de él.
- f. Pensamiento dicotómico. Se conoce también como ley de todo o nada, o sea, el deprimido clasifica sus experiencias en dos polos opuestos y se sitúa siempre en el extremo negativo.

Modelo de autocontrol

La depresión se debe a deficiencias en el proceso de autocontrol. Rehrn (1977, como se citó en Mendéz, 2011), creador de este modelo, distingue tres fases en el proceso de autocontrol:

- a. Fase 1ª. Autoobservación. El niño observa su conducta, los antecedentes y las consecuencias de la misma. Así, se fija en su apariencia física, en sus calificaciones escolares, en su preparación deportiva, en las relaciones con sus padres, hermanos y amigos.
- b. Fase 2ª. Autoevaluación. Compara las autoobservaciones efectuadas con criterios que se marca, atribuyendo su éxito o fracaso a diferentes causas externas e internas, buena suerte, esfuerzo personal, ayuda de los demás, cualidades que posee.

c. Fase 3ª Autorreforzamiento/Autocastigo. Si la valoración es positiva, se felicita y se premia, por ejemplo frases elogiosas hacia sí mismo: si es negativa, se critica y se castiga, por ejemplo, pensamientos hostiles dirigidos contra él mismo. En el primer caso, el resultado es alegría, satisfacción, entusiasmo; en el segundo, culpa, vergüenza, tristeza.

El niño deprimido comete varios fallos en el proceso de autocontrol.

- a. Atención preferente a los sucesos negativos. Presta más atención a los aspectos negativos que a los positivos.
- b. Atención preferente a las consecuencias inmediatas. Considera más los efectos a corto que a largo plazo.
- c. Metas poco realistas. Establece metas difícilmente alcanzables.
- d. Atribuciones erróneas. Atribuye sus éxitos a causas externas, específicas e inestables, y sus fracasos a causas internas, globales y estables.

- e. Autorreforzamiento deficitario. Se proporciona pocos reforzadores, puesto que infravalora la importancia de sus logros.
- f. Autocastigo excesivo. Se administra castigos frecuentemente, ya que sobreestima la gravedad de sus errores.

B. Teorías biológicas

Hipótesis de las monoaminas

La depresión se debe a un déficit funcional de ciertos neurotransmisores, sustancias producidas por las neuronas para transmitir los impulsos nerviosos. Una clase de estos productos son las monoaminas, de las que existen dos tipos: las catecolaminas (noradrenalina, adrenalina, dopamina) y las indolaminas (serotonina).

Schildkraut (1965, como se citó en Mendez, 2011) propuso la hipótesis noradrenérgica, que relaciona la depresión con una disminución de la acción de la noradrenalina. Dos hechos apoyan este supuestos:

- a. La adrenalina, un derivado de la noradrenalina, eleva la presión sanguínea al oprimir los vasos sanguíneos periféricos y aumentar la actividad del corazón.

- b. La monoamina oxidasa es una enzima que degrada la noradrenalina.

Hipótesis endocrinas

Destacan el papel que juegan las alteraciones hormonales en la depresión. Se ha constatado que las persona deprimidas presentan en sangre y en orina niveles anormalmente elevados de cortisol, que es la principal hormona glucocorticoide segregada en la corteza de las glándulas suprarrenales.

Asimismo, se conoce desde hace tiempo que los enfermos de hipotiroidismo son propensos a la depresión, mientras que los hipertiroidismos muestran conductas hiperactivas similares a la manía.

Tabla 2.3

Cuadro comparativo de las teorías explicativas de la depresión infantil.

Cuadro Comparativo de las Teorías explicativas		
	Se debe principalmente a una tasa de reforzamiento positivo baja y/o una tasa socioambiental de estimulación aversiva y de castigo alta.	
Psicológicas	Modelo de indefensión aprendida	Son expectativas de incontrolabilidad que desencadenan depresión teniendo en cuenta las atribuciones personales/universales, global/específicas, o estable/inestable
	Modelo cognitivo	Distorsión en la forma de pensamiento, transformando acontecimientos positivos y negativos.
	Modelo de autocontrol	La depresión se debe a deficiencias en el proceso de autocontrol: autoobservación, autoevaluación, autorreforzamiento y/o autocastigo.

Biológicas	Hipótesis de las monoaminas	Se debe a un déficit funcional de ciertos neurotransmisores
	Hipótesis endocrinas	Personas deprimidas muestran niveles anormalmente elevados de cortisol.

Mendéz (2011) nos refiere teorías explicativas de la depresión infantil, agrupándolos en psicológicas y biológicas. En la primera se presentan cuatro modelos: socioambiental, indefensión aprendida, cognitivo, autocontrol; cada uno de estos modelos psicológicos explican que la depresión se puede deber a reforzamientos o castigos, incontrolabilidad de los acontecimientos, pensamientos distorsionados y deficiencias del autocontrol; de estos el más ampliamente aceptado es el modelo cognitivo, el cual atribuye la depresión a la forma en como distorsionamos los pensamientos positivos en negativos, cambiado la percepción que tienen los sucesos. En la segunda nos menciona dos hipótesis que se refieren déficit funcional de neurotransmisores, y a niveles anormales de cortisol.

2.2.2.3. Factores de riesgo de la depresión infantil

Según Arévalo (2008), la depresión infantil presenta los siguientes factores de riesgo:

A. Factores Personales

Se va a considerar el término "personal" en un sentido amplio, incluyendo aquí todos los factores que atañen a un sujeto tanto desde el punto de vista físico (biológico) como psicológico.

Biológico

Desde la perspectiva orgánica, se considera que la depresión tiene su origen en una disfunción de los mecanismos neurofisiológicos que regulan la conducta, ya sean estos de carácter hereditario o adquirido, cuyas disfunciones están asociados al Sistema Límbico, especialmente el eje hipotalámico-pituitario y a los neurotransmisores implicados en su conexión. Asimismo se considera que hay marcadores actuales, que solo se encuentran en sujetos actualmente deprimidos y marcadores predictivos que aparecen en los sujetos que tienen tendencia a desarrollar una depresión en el futuro; uno de estos marcadores es el nivel de

cortisol, el cual es excesivo en sujetos con depresión, sin embargo esta relación del cortisol con la depresión tiene un problema y es que solo aparece en un 30 a 50% de los adultos deprimidos y esta proporción es más débil en el caso de los niños (Dahl et al., 1991; como se citó en Arévalo, 2008). Otro marcador es la "hormona de crecimiento", que en los niños deprimidos se da un déficit de secreción de esta hormona y además están alterados los ritmos de secreción que son fundamentalmente nocturnos en los niños por debajo de los 12 años, por otro lado, la depresión a estado asociado a bajos niveles de secreción de norepinefrina, serotonina y melatonina en los sujetos deprimidos. Asimismo los ritmos del sueño son diferentes en niños deprimidos habiendo diferencias en las alteraciones electroencefalográficas de niños y adultos por lo cual se cree que en los niños se da un proceso madurativo que afecta al sueño y que hace muy difícil la determinación de pautas de normalidad en niveles bajo de edad (Barrio, 2000, como se citó en Arévalo, 2008).

Psicológico

Encontramos los siguientes:

- a. El temperamento incluye el sustrato neurológico, endocrinológico y aún bioquímico a partir del cual la personalidad se forma, cuyos rasgos que se asocian a la depresión son: la emociabilidad excesiva, porque hace incontrolables las reacciones de esta naturaleza; la sociabilidad deficiente, porque dificulta la comunicación; y la expresión de sentimientos y la actividad deficiente, porque resta capacidad de tener experiencias. De estas las que suponen mayor riesgo en la aparición de la depresión infantil es la baja sociabilidad, alta emociabilidad y una adaptación deficiente (Barrio, 2000. Como se citó en Arévalo, 2008).

- b. La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas arraigadas y difíciles de cambiar, y que se expresan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Los sujetos con rasgos neuróticos de hipersensibilidad e inestabilidad emocional tienen mayor tendencia a desarrollar depresión (Méndez. 1998. Como se citó en Arévalo, 2008). Asimismo los sujetos introvertidos, poco sociables y retraídos

corren más riesgo de llegar a ser depresivos que los extrovertidos (Hills y Argyle. 1998. Como se citó en Arévalo, 2008).

B. Factores Ambientales

Factores ambientales que habitualmente se han relacionado con la aparición de la depresión infantil:

Familia

La familia como sistema donde se desarrolla el niño puede ser un factor desencadenante de depresión infantil si existe la presencia de lo siguiente:

- a. Carencia de afectividad, donde el niño no se sienta querido, apoyado, admirado, es decir, psíquicamente protegido.

- b. Las malas relaciones entre padres e hijos esta correlacionado con la depresión infantil, y mayor déficit es más difícil la recuperación y mejoría del niño.

- c. El mal clima familiar con normas muy rígidas y con distanciamiento afectivo.
- d. La inestabilidad emocional de los padres crean un entorno que incrementa ciertos factores de riesgo de la depresión, como los niveles bajos de actividad social, intelectual, deportiva, recreativa o cultural y; por lo tanto, no ofrecen a sus hijos las experiencias adecuadas para una vida feliz. También, porque proyectan sus problemas sobre los hijos y crean unas expectativas inadecuadas que son fuente de estrés.
- e. La existencia de trastornos depresivos en los padres, sobre todo de la figura materna.
- f. Disfuncionalidad familiar caracterizado por límites familiares poco claros de difícil individualización
- g. La agresividad marital.
- h. Problemas con la salud física y mental, ya que cualquier tipo de deficiencia en los progenitores se traduce en una dificultad para llevar a cabo las funciones de crianza.

- i. La separación de los padres donde se utiliza a los hijos como medio de venganza para lastimar al otro.

- j. Depresión materna post-parto dado que el bienestar físico y psíquico de la madre cumple un rol fundamental en la salud del niño y prevención de la depresión infantil.

- k. Mujeres de familias divorciadas reportaron niveles más altos de depresión.

- l. Separación o desvinculación por muerte paterna donde no se puede establecer relación de apego adecuado, asumir los cuidados y la atención indispensables para un desarrollo correcto.

- m. El padre ausente y que no participa en la comunidad.

- n. Favorecimiento de hermanos primogénitos con respecto a los menores, siendo los últimos los más expuestos a desarrollar sintomatología. Además a mayor cantidad de hermanos, mayor prevalencia de síntomas depresivos.

o. Antecedentes de maltrato durante su infancia en los padres tienden a repetir el patrón con sus hijos sea a través del abuso sexual, el maltrato físico con palos, alambres, sogas o quemaduras.

p. La violencia doméstica.

Escuela

La escuela puede ser un factor desencadenante de depresión infantil si existe la presencia de lo siguiente:

a. Intelectualmente los niños con C.I. igual o mayor de 100 con síntomas depresivos presentan inhibición intelectual y diferencias en las habilidades cognitivas.

b. El rendimiento escolar bajo puede ser desencadenante de depresión como la depresión puede ser desencadenante de rendimiento escolar bajo.

c. El fracaso escolar bloquea la posibilidad que el niño se autoafirme, se integre y sea aceptado por sus profesores y compañeros.

- d. El modelo educativo autoritarios como súper-liberales.
- e. La sobrecarga escolar considerada como fuente de estrés que causa alteraciones en el niño aunque también podría ser el mal enfoque de los objetivos lo que causaría riesgo de colapsarse bajo el estrés generado por el sistema escolar.

Entorno Social

Dentro del entorno social mediato encontramos: la sociedad, la economía, la cultura, la política y la ecología.

Tabla 2.4

Cuadro comparativo de los factores de riesgo de la depresión infantil.

Cuadro Comparativo de los Factores de Riesgo.	
Factores Personales	<p>Deficiencia neurofisiológica, cuyas disfunciones están asociados al sistema límbico, además a marcadores como el nivel excesivo de cortisol, déficit de secreción de la hormona de crecimiento, baja secreción de norepinefrina, serotonina y melatonina, y alteraciones electroencefalográficas.</p>
Biológico	

	<p>Temperamento con rasgos de emociabilidad excesiva, sociabilidad deficiente, expresión de sentimientos y la actividad deficiente.</p> <p>Personalidad de sujetos con rasgos neuróticos de hipersensibilidad e inestabilidad emocional, asimismo, sujetos introvertidos, poco sociables y retraídos</p>
<p>Factores Ambientales</p>	<p>Presencia de carencia de afectividad, malas relaciones entre padres e hijos, mal clima familiar, inestabilidad emocional de los padres, trastornos depresivos en los padres, disfuncionalidad familiar, agresividad marital, problemas de salud física o mental en los padres, separación de padres deficiente, depresión post-parto, mujeres de familias divorciadas, desvinculación por muerte paterna con soporte inadecuado, padre ausente, favorecimiento de hermanos primogénitos, antecedentes de maltrato en los padres y violencia doméstica.</p>
	<p>Inhibición intelectual, rendimiento escolar bajo, fracaso escolar, modelos educativos autoritarios o super-liberales, sobrecarga escolar.</p>

Entorno	La sociedad, la economía, la cultura, la política y la ecología.
---------	------------------------------------------------------------------

Los factores de riesgos asociados a la depresión infantil se agrupan en personales y ambientales, en el primero se encuentran los biológicos y psicológicos, y en el segundo la familia, escuela y el entorno. Con respecto a lo biológico se concluye que la depresión está asociada a déficit neurofisiológico por exceso de cortisol, deficiencia de secreción de la hormona de crecimiento y baja secreción de norepinefrina, serotonina y melatonina. Con relación a lo psicológico se determina que la depresión está asociada a temperamentos con rasgos de emociabilidad excesiva, sociabilidad deficiente, expresión de sentimientos y la actividad deficiente, y rasgos de personalidad neurótica de hipersensibilidad e inestabilidad emocional.

En correspondencia a la familia se acuerda que la depresión infantil está asociada a malas relaciones parento-filiales (afecto, relación, ausencia, favorecimiento), relaciones familiares inestables (clima familiar, agresividad marital, violencia, separaciones, muerte), problemas de salud física o mental (depresiones, inestabilidad emocional, enfermedades), problemas transgeneracionales (antecedentes de maltrato, mujeres de familias divorciadas). En

cuanto a la familia se afirma que la depresión infantil se relaciona con inhibición intelectual, rendimiento, sobrecarga y fracaso escolar, modelos educativos inadecuados. Y por último el entorno se relaciona con la sociedad, economía, cultura, política y ecología.

2.2.2.4. Clasificación de la depresión infantil

Según Méndez (2011) la depresión infantil presenta la siguiente clasificación:

- a. Según su naturaleza, se considera primaria, si es el trastorno principal que presenta el niño, o secundaria, cuando es consecuencia de ciertas enfermedades como hipotiroidismo o problemas psicológicos como drogadicción.
- b. Según su complejidad, es unipolar, depresión propiamente dicha, o bipolar, alternancia de fases de depresión y fases de manía o ánimo anormalmente eufórico, esto es, el joven experimenta marcados altibajos en su estado afectivo, pasando de estar hundido a encontrarse en la cresta de la ola y viceversa.
- c. Según su severidad, se diferencia entre depresión mayor, que cumple los requisitos del trastorno, y distimia, o estado de ánimo

depresivo persistente pero menos grave, ya que no reúne los criterios de diagnóstico exigidos.

- d. Según su origen, se denomina endógena, si la causa desencadenante es interna como alteraciones bioquímicas, o exógena, cuando se produce en respuesta a un suceso externo negativo, como una ruptura amorosa.

Lo anterior es indicativo de las distintas formas de clasificación de la depresión infantil, los cuales son pautas de clarificación sobre la variable como forma de distinguir entre una y otra manifestación puede presentar un niño, ya sea de causa netamente psicológica o debido a enfermedad médica, sea unipolar o bipolar, según su cronicidad (depresión, distimia), o de origen endógeno u exógeno.

2.2.2.5. Depresión en función de la edad

Según Marcelli y Ajuriaguerra (2005) la depresión infantil contempla varios estadios según la edad:

A. Depresión del bebé y del niño pequeño (hasta 24-30 meses)

Marcelli et al. (2005) mencionan que la sintomatología más evidente ha sido descrita por Spitz en 1946, quien ha observado un período de lloriqueo, seguido por un estado de retraimiento y de indiferencia hasta llegar a la “depresión anaclítica” en caso de carencia afectiva grave. Asimismo Marcelli et al (2005), indican que Bowlby en 1958, ha estudiado las consecuencias de la separación: cuando dicha separación ocurre entre 5-6 meses y 2 años y medio-3 años, la fase de desespero sucede a la fase de protesta.

Estas reacciones de profunda angustia, consecutivas a la pérdida del objeto privilegiado de vinculación, han pasado a ser menos frecuentes gracias al nivel actual de conocimientos y a una mayor sensibilidad hacia las necesidades, no sólo higiénico dietéticas del bebé, sino también afectivas. A pesar de todo, estos cuadros se encuentran todavía cuando se dan condiciones graves de carencia familiar (de ahí el nombre de hospitalismo intrafamiliar), o de caos educativo (cambio de imagen materna, de las condiciones de vida, etc.), En tales casos se observan aún auténticas depresiones anaclíticas. Bebés o niños postrados, abatidos, de mirada apagada, aislados, en apariencia indiferente al entorno, retraída. Se observa

ausencia de las manifestaciones de alerta o de los juegos propios de cada edad. No hay parloteo o gorjeo, ni juego con las manos o con los sonajeros, tampoco curiosidad exploratoria, etc.

Por el contrario, las autoestimulaciones son frecuentes: balanceos en posición genopectoral, ritmias solitarias nocturnas o al adormecerse, pero sobre todo diurnas, gimoteos. Las autoestimulaciones pueden llegar a ser conductas autoagresivas. Las grandes adquisiciones psicomotoras se retrasan: retraso en el sentarse, en el andar y en el control de esfínteres; todo ello se consigue en límites superiores al período normal. Con frecuencia, estos niños inician el andar hacia los 20 meses. La expresión fonemática y el habla se hallan siempre retrasadas y profundamente perturbadas. En consecuencia el retraso en el lenguaje será casi siempre constante. La evolución a largo plazo parece caracterizarse por la atenuación progresiva de esta sintomatología más evidente.

B. Depresión del niño pequeño (3 años a 5-6 años)

A esta edad, las manifestaciones sintomáticas de la depresión son especialmente variadas. Si bien los síntomas vinculados directamente a la depresión pueden observarse en el transcurso de

una separación o de una pérdida brusca, lo más frecuente son los comportamientos de lucha contra los sentimientos depresivos. Las perturbaciones conductuales se hallan habitualmente en primer plano: aislamiento y retraimiento, a veces calma excesiva, pero lo que se observa con más frecuencia es la agitación, la inestabilidad manifiesta, las conductas agresivas auto y sobre todo heteroagresivas, y autoestimulación prolongada, especialmente comportamientos masturbatorios crónicos y compulsivos.

Se observa también un aspecto, a menudo caótico, del estado afectivo: búsqueda afectiva intensa que alterna con actitudes de arrogancia, negativas a relacionarse, cólera y violencia al menor rechazo. A veces se dan oscilaciones del humor, con alternancia de estados de agitación eufórica y luego de llanto silencioso.

Las adquisiciones sociales propias de esta edad están por lo general perturbadas: no hay juego con los otros niños ni autonomía en los hábitos de la vida cotidiana (vestirse, limpieza). Los trastornos somáticos son habituales: trastornos del sueño, con frecuente despertar nocturno, pesadillas, somnolencia diurna, trastornos del apetito con oscilaciones entre el rechazo de alimento y la fase bulímica, enuresis y en ocasiones también encopresis intermitente.

En relación con el adulto, la sensibilidad a las separaciones puede ser extrema, la demanda de atención es tan intensa que imposibilita cualquier actividad autónoma. El niño busca sin cesar el agrado o «complacer» al adulto. En estas condiciones la inserción en la escuela maternal es por lo general difícil o imposible, dado que la incorporación al grupo infantil no se soporta, y el niño necesita una relación diádica. Las «tonterías» son frecuentes, en una búsqueda manifiesta del castigo del adulto como sanción a una imaginaria culpabilidad, siempre presente.

C. Depresión del niño mayor (5-6 años a 12-13 años)

El niño dispone de medios cada vez más elaborados o diversificados para expresar el sufrimiento depresivo. A esta edad, la sintomatología parece reagruparse en torno a dos ejes:

- a. Manifestaciones vinculadas directamente al sufrimiento depresivo, a veces con conducta de autodepreciación, autodesvalorización y sufrimiento moral expresado directamente («uno puedo más», «no soy capaz», «no sé», «estoy cansado», etc.).
- b. Frecuente emisión de comportamientos vinculados a la protesta y a la lucha contra los sentimientos depresivos.

D. Depresión del adolescente.

Muy frecuente y estrechamente vinculada a las modificaciones psicoafectivas propias de esta edad.

Tabla 2.5

Cuadro comparativo de la depresión infantil en función de la edad.

Cuadro Comparativo de la Depresión en Función de la Edad	
Recién nacido hasta los 24-30 meses	Depresión anaclítica caracterizado por abatimiento, mirada apagada, aislamiento, indiferencia del entorno, retraimiento, ausencia de parloteo, juegos y exploración, retraso de desarrollo psicomotor, conductas autodestructivas.
3 años a 5-6 años	Comportamiento de aislamiento y retraimiento, calma excesiva, agitación, inestabilidad manifiesta, conductas agresivas, autoestimulación prolongada, búsqueda afectiva intensa, negativas a relacionarse, cólera y violencia al menor rechazo, oscilaciones de humor, no hay interacción con pares, carencia de autonomía, trastornos de sueño.

5-6 años a 12-13 años	Autodepreciación, autodesvalorización y sufrimiento moral, comportamientos de protesta y lucha.
Adolescencia	Muy frecuente y estrechamente vinculada a las modificaciones psicoafectivas propias de esta edad.

En cuanto a la depresión en función de la edad se puede observar los cambios de la sintomatología en cada etapa del niño, pasando de las conductas netamente observables a conductas más elaboradas. Hasta los 24-30 meses la depresión infantil también se le conoce como anaclítica, donde se observa en el niños indiferencia entre este y el entorno, con consecuencias en el desarrollo psicomotor, desde los 3 años hasta los 5-6 años, las conductas observables pueden oscilar desde el aislamiento hasta búsqueda de afectiva intensa, haciendo más necesario una exploración completa para determinar si el niño padece de depresión. Desde los 5-6 años a 12-13 años el desarrollo del pensamiento abstracto hace posible que el niño transmita verbalizaciones internas de lo que le ocurre. Y en la adolescencia la sintomatología depresiva se puede deber a cambios hormonales propias de la edad.

2.2.2.6. Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor

Según Méndez (2011) la depresión infantil presenta la siguiente las características manifestadas en el DSM, los mismos que según Asociación Americana de Psiquiatría (2013) son los siguientes:

Criterio A.

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

- i. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

- ii. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- iii. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
- iv. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- v. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- vi. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- vii. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

- viii. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- ix. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Criterio B.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio C.

El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Criterio D.

El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme,

trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterio E.

Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

2.2.2.7. Dimensiones de la depresión infantil

Arévalo (2008) se adhiere a la teoría descrita según Weinberg en 1973, el cual menciona que la depresión infantil se caracteriza principalmente por un estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio.

A. Estado de ánimo disfórico

Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, hipersensibilidad, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle.

B. Ideas de autodesprecio.

El niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad (concepto negativo de uno mismo). Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa.

2.3. Definición de la terminología

Maltrato pasivo: el concepto de maltrato pasivo está explícito en la definición de maltrato infantil ya que por omisión, negligencia y claramente en los casos de abandono, se priva al niño de sus derechos y bienestar y se interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, y se distinguen claramente tres grandes grupos de maltrato pasivo: el abandono físico, la negligencia, y el abandono o carencia afectiva (Casado y Martínez, 1997, como se citó en Martínez, 2010)

Depresión infantil: la depresión en niños y adolescentes se manifiesta de dos formas: síntoma de estado de ánimo disfórico y síntoma de ideas de autodesprecio. En la primera, el niño expresa una visión negativa de sí mismo y en la segunda revela una visión negativa del medio y futuro, siendo estos los rasgos más frecuentes (Arévalo, 2008).

CAPÍTULO II
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación no experimental, eso implica que la investigación se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

Diseño de investigación

Diseño transeccional correlacional-causal, el cual consiste en describir relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa efecto (Hernández et al. 2014). Para el efecto la presente investigación el diseño será únicamente en términos correlacionales, ya que como menciona Hernández et al (2014), estos diseños pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales, siendo el esquema del diseño el siguiente:

X1 – Y1

Donde:

X1: Variable de maltrato pasivo

– : Correlación entre variables

Y1: Variable de depresión infantil

3.2. Población y muestra

Población

La población debe tener establecido con claridad sus características de contenido, lugar y tiempo, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales, es por ello que el universo es el conjunto de casos que concuerdan con determinadas especificaciones (Hernández, et al. 2014).

La población del estudio estará constituida por niños de entre los 8 a 12 años de edad que cursan el nivel primario en Instituciones Educativas Públicas Escolarizadas que se encuentren en estado activo en el distrito La Victoria. En base a esto, existen un total de nueve centros educativos, haciendo un total de población estudiantil correspondiente a 3841 alumnos (Escale, 2015)

Muestra

Para delimitar la cantidad de sujetos necesario para el estudio, se procedió a elegir el tipo de muestra probabilística, el cual es un subgrupo de la población en el que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos, además que este tipo de muestra es esencial para diseños transeccionales, tanto descriptivos como correlacionales-causales, donde se pretende hacer estimaciones de variables de población (Hernández et al. 2014)

Para determinar la muestra se utilizara una fórmula de poblaciones finitas para calcular el tamaño de esta teniendo en cuenta que el estudio es cuantitativo y la población a investigar es conocida, según Hernández et al. (2014), a este muestreo se le conoce como muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \sigma^2}$$

Donde:

Z: Valor que se obtiene de la tabla de la distribución normal, dependiendo del nivel de confianza deseado (1.96 al 95% de confiabilidad)

σ^2 : Varianza de la población (0.5)

E: Tolerancia de error (0.05)

N: Número de elementos de la población (3841)

n: Muestra

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5^2 * 3841}{0.05^2 (3841 - 1) + 1.96^2 * 0.5^2}$$

El tamaño de la muestra total de la población corresponde a 349. La operación anterior ha sido corroborada mediante el software STATS, usando el método de muestreo aleatorio simple, cuyo programa da el resultado modo inmediato.

The screenshot shows the 'Decision Analyst STATSTM 2.0' window. The main title is 'Sample Size Determination (Sample Size for Population Percentage Estimates)'. The interface is divided into two main sections: 'Inputs' and 'Results'.
In the 'Inputs' section, there are four fields:

- Universe Size:** A text input field containing '3841'. Below it, a note reads: 'If universe is less than 99,999, replace 99,999 with the smaller number'.
- Maximum Acceptable Percentage Points of Error:** A dropdown menu set to '5%'.
- Estimated Percentage Level:** A dropdown menu set to '50%'.
- Desired Confidence Level:** A dropdown menu set to '95%'.

At the bottom of the 'Inputs' section are three buttons: 'Calculate', 'Reset', and 'Exit'.
The 'Results' section on the right shows a text box with the text 'The Sample Size Should Be...' and a text input field containing the value '349'.
At the bottom of the window, there is a logo for 'Decision Analyst' with the tagline 'The global leader in analytical research systems' and a footer with the contact information '817 640-6166 | www.decisionanalyst.com'.

3.3. Hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe relación entre el maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Hipótesis específicas

H1: Existe relación entre el abandono y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

H2: Existe relación entre la negligencia y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

H3: Existe relación entre la carencia afectiva y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

H4: Existe relación entre el atestiguamiento de violencia y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

3.4. Definición operacional

Variable 01 – Maltrato pasivo. Que será evaluado a través del Cuestionario de Maltrato Pasivo CMP, siendo las siguientes dimensiones: Abandono físico, Negligencia, Carencia afectiva, Atestiguamiento de violencia.

Variable 02 – Depresión infantil. Que será evaluado a través del Inventario de Depresión Infantil CDI, siendo las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico, Ideas de autodesprecio.

3.5. Operacionalización de variables

Tabla 3.1

Operacionalización de la variable maltrato pasivo

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Maltrato Pasivo	Abandono físico	5, 7, 10, 18, 19, 25, 28, 35	

	3, 4, 6, 8, 11, 14,	
Negligencia	16, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 30, 31, 34, 36, 37	Cuestionario de Maltrato Pasivo CMP
Carencia afectiva	13, 17, 21, 29, 32	(Dávila & Ramos, 2015)
Atestiguamiento de violencia.	1, 2, 9, 12, 15, 33.	

Tabla 3.2

Operacionalización de la variable depresión infantil

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Depresión infantil	Estado de ánimo disfórico	1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27	Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)
	Ideas de autodesprecio	5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24,25	Adaptado por: Arévalo Luna.

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Método

Cuantitativo: según Hernández, et al. (2014), fundamentándose en un esquema deductivo y lógico que busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas .Además de basarse en un esquema inductivo y su método de investigación es interpretativo; contextual y etnográfico.

3.6.2. Técnica

Técnica de Pruebas estandarizadas e inventarios: Según Hernández et al. (2014) las pruebas o inventarios miden variables específicas.

Psicometría: La psicometría es una rama de la psicología que, mediante teorías, métodos y técnicas vinculados al desarrollo y la administración de test, se ocupa de la medida indirecta de los fenómenos psicológicos con el objetivo de hacer descripciones, clasificaciones, diagnósticos, explicaciones o predicciones que permitan orientar una acción o tomar decisiones sobre el comportamiento de las personas en el ejercicio profesional de la psicología (Meneses, J. 2013)

3.6.3. Instrumentos.

Cuestionario de maltrato pasivo CMP

Ficha técnica:

Nombre de la prueba	: Cuestionario de Maltrato pasivo CMP
Autores	: Dávila Arenas, J., Ramos Cuzque, R.
Procedencia	: Universidad Señor de Sipán, Escuela Profesional de Psicología. Chiclayo – Perú.
Año de construcción	: 2015.
Ámbito de aplicación	: Niños de 8 a 12 años de edad.
Propósito	: Evaluar el nivel de maltrato pasivo en niños.
Administración	: Individual y colectiva.
Duración	: Sin tiempo límite, entre 15 y 20 minutos.
Tipo de normas	: Baremos y percentiles.

Descripción: El cuestionario está conformado por 37 reactivos directos de respuesta cerrada dicotómica de “V” verdadero y “F” falso, lo cuales cuenta con sus sub-indicadores para exploración de áreas con mayor dificultad: Abandono físico está constituido por ocho ítems, el área de negligencia está constituido por 19 ítems; el área de carencia afectiva tiene una totalidad de 5 ítems, y por último el área de atestiguamiento de violencia con 6 ítems.

Para la validación y comprobación de reactivos, validez y confiabilidad del instrumento se contó con una población de 170 niños comprendidos entre las edades de 8 a 12 años de edad que cursaban entre el 2 y 6 grado de primaria, entre varones y mujeres

Validez: Validez de contenido, la cual se logró mediante el método de 3 jueces quienes compararon los ítems de la prueba con la definición de la variable, corroborando la coherencia entre el marco teórico, la tabla de especificaciones y los ítems a quienes se les presentó un total de 80 ítems, 20 teóricos y 60 empíricos, de los cuales quedaron en 74 por decisión de los jueces, posterior fue administrado como prueba piloto a 30 niños de diferentes edades, para así quedar la prueba ensamblada. Asimismo se realizó la validación y comprobación de reactivos mediante el coeficiente de correlación de Pearson, para obtener los índices de discriminación para ser aceptados, se debe encontrar entre 0.30 y 0.6., y aplicando el estadístico a los 74 reactivos de la prueba ensamblada descartándose un total de 37 ítems, quedando una totalidad de 37 reactivos como prueba final. Por lo tanto la prueba posee validez de constructo por el método ítem-test. Para obtener la validez concurrente del instrumento, se aplicó el T de Student y el grado de libertad de la prueba, obteniendo resultados de diferenciación significativos.

Confiabilidad: La confiabilidad de la prueba se obtuvo utilizando el método de partición por mitades, ítem para e impar, y usando el coeficiente de Speramn-Brow tuvo resultado de 0.77, y aplicando el correctivo de ROE da un grado de confiabilidad de 0.87. Además posee confiabilidad comprobado mediante el Alfa de Crombach cuyo índice es de 0.85; por lo que los resultados entre ambos métodos de confiabilidad demuestran que el cuestionario es confiable.

Inventario de depresión infantil de Kovac

Ficha Técnica:

Nombre de la prueba	: Inventario de Depresión Infantil C.D.I.
Autores	: María Kovacs (1977)
Procedencia	: Canada.
Adaptación española	: Plonio Lorente (1988) España
Adaptación peruana	: Edmundo Arevalo Luna. (2008)
Ámbito de aplicación	: Niños de 8 a 12 años de edad.
Propósito	: Evaluar el nivel de maltrato pasivo en niños.
Administración	: Individual y colectiva.
Tiempo	: Tiempo aproximado de 15 a 20 minutos
Significación	: Evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años a

través de las siguientes dimensiones:
Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo), Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro).

Tipificación : Baremos para escolares del nivel primario, y adolescentes del nivel secundario, de ambos sexos.

Descripción: Instrumento que ha sido adaptado y baremado por Arévalo (2008) con una muestra final de 10200 niños y adolescentes de las ciudades de Piura, Chiclayo y Trujillo, cuyo objetivo es evaluar los síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años a través de las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo), Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro). Cuenta con un total de 27 reactivos de respuesta múltiple.

La fiabilidad del inventario en general a través del coeficiente Alfa de Crombach obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0.976.

Para precisar la validez de contenido, del CDI, se recurrió a la técnica del criterio de Jueces. Esta técnica consistió en proporcionar el

inventario a la opinión de jueces: 05 Psicólogos experimentados con más de 10 años en trabajo con niños y adolescentes; adjuntándoles las definiciones de cada una de las dimensiones y los reactivos del CDI, de los cuales 4 de ellos aprobaron por la dinámica y facilidad para el diagnóstico de los síntomas depresivos. También posee validez de constructo donde la estructura factorial de los 27 elementos de las dos dimensiones: Estado de ánimo disfórico e ideas de auto desprecio, fueron examinados a través del análisis de ítem test, en una muestra de 10,200 niños y adolescentes de las ciudades de Trujillo (3373), Chiclayo (3272) y Piura (3555), se han correlacionado cada uno de los ítems que conforman cada factor con el total de los ítems de cada área, en las tres ciudades de acuerdo a las edades. Se utilizó el índice de validez en términos de consistencia interna, a partir del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (Método ítem-test), cumpliéndose con el criterio $r > 0.31$, para que sean aceptados o válidos cada uno de los ítems.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Para el proceso de recolección se realizará los siguientes pasos:

Fase I: Se delimitó la forma idónea de recolectar datos en base al planteamiento del problema y las etapas previas de la investigación

(Hernández et al. 2014). Por lo tanto, se tuvo en cuenta que las variables de investigación son maltrato pasivo y depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria.

Fase II: Se elaboró un instrumento de recolección de datos para la variable de maltrato pasivo “Cuestionario de Maltrato Pasivo CMP”, obteniendo índices de validez y confiabilidad significativos, además, dicho instrumento siguió el procedimiento de construcción de un instrumento de medición recomendado por Hernández et al. (2014): Redefiniciones fundamentales, revisión enfocada de la literatura, identificación del dominio de las variables a medir y sus indicadores, toma de decisiones claves, construcción del instrumento, prueba piloto, elaboración de la versión final del instrumento o sistema y su procedimiento de aplicación. Asimismo, se seleccionó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs adaptado por Arévalo (2008), se escogió este instrumento, ya que su estandarización contempla población local, propiedades psicométricas significativas y baremos interpretativos.

Fase III: Posteriormente se procedió a la aplicación de los dos instrumentos, para dicho fin se contó con el apoyo del Centro de Desarrollo Comunal CEDECOM – La Victoria, específicamente del área de psicología a cargo de la Psi. Fiorella Correa, con quién se gestionó la aplicación de los test en los tres principales colegios públicos del distrito

La Victoria: Juan Pablo Vizcardo, José María Arguedas y Carlos Augusto Salaverry, con dicha representante, se efectuó las reuniones con las autoridades de los centro educativos antes mencionados para designar los horarios en los que se procedería a recolectar los datos, ya que el CEDECOM contaba con permisos de trabajo colaborativo en dichas instituciones incluido los consentimientos informados.

Fase IV: Para la obtención de los datos, se contó con el apoyo de internos de psicología del CEDECOM La Victoria, como además de autores de la presente investigación. Se aplicó los instrumentos a alumnos del 2 al 6 grado de primaria de las tres instituciones educativas, acogiendo únicamente una sección por grado, y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión contemplados en el presente estudio.

Fase V: Para la codificación de datos, se procedió a la calificación de cada uno de los instrumentos, esto en base a las recomendaciones de ambos instrumentos, dichas calificaciones se hicieron manualmente, para tener constatación que las evaluaciones hayan sido completadas en su totalidad.

Fase VI: Posterior a la codificación, se archivaron los datos de calificación de la totalidad de la muestra, en una sábana de datos de

cada variable en el paquete ofimático de Microsoft Excel, esto con el fin de prepararlo para su posterior análisis.

3.8. Análisis estadístico e interpretación de resultados

Para el análisis estadístico e interpretación de datos se ha seguido los siguientes pasos:

Fase I: Se seleccionaron tres programas estadísticos para el análisis de datos del presente estudio: Decision Analyst STATS™ 2.0, Microsoft Excel 2013, Statistical Package For The Social Sciences SPSS® 23.0.

Fase II: Se obtuvo los tres software de análisis de datos, se instalaron y se comprobó que los mismos funcionen en el ordenador designado para el presente estudio.

Fase III: En esta etapa se procedió a la exploración respectiva de los datos de toda la investigación. El software STATS fue utilizado para procesar la muestra de la población, mediante el método estadístico de muestreo aleatorio simple, tal como se muestra en el punto 3.2 sección muestra de la presente investigación. El software Excel, fue usado para transformar las puntuaciones de los ítems de cada instrumento, estas

conversiones se hicieron para obtener la calificación y agrupar los ítems según las variables y dimensiones de cada una. El software SPSS se usó para transformar las medidas escalares a medidas ordinales obtenidas en el Excel, creando así variables categorizadas según niveles, luego se analizó las variables de estudio, determinando estadística descriptiva y análisis de frecuencias mediante tablas.

Fase IV: En esta etapa se evaluó la confiabilidad y validez lograda por los instrumentos de medición, dicho análisis se efectuó en Excel. En el caso de la variable de maltrato pasivo se efectuó el análisis ítem-test mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y la confiabilidad se obtuvo mediante el método de división por mitades y el correctivo de ROE, además se usó el coeficiente de Alfa de Crombach.

Fase V: En esta etapa se realizó el análisis inferencial con el fin de comprobar las hipótesis planteadas, para esto se utilizó un análisis paramétrico, prueba estadística de coeficiente de correlación de Pearson, obteniendo tablas de los análisis efectuados, todos estos análisis se efectuaron en SPSS. Siendo la fórmula de Pearson la siguiente:

$$r = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

3.9. Principios éticos

Para la realización de esta investigación se ha tenido en cuenta los siguientes principios éticos:

Ética en la presentación de los resultados de la investigación: No se modificará, fabricarán, ni falsificarán los datos, asimismo, está prohibido la modificación de resultados, apoyar hipótesis u omitir observaciones problemáticas del informe para presentar una historia más convincente, a su vez, los investigadores deben asumir responsabilidad de hacer público los errores de una publicación (American Psychological Association [APA], 2010)

Retención y aportación de datos: Los investigadores deben de permitir que los datos de investigación estén disponibles para el editor, por si surgieran preguntas respecto a la exactitud del informe, además, de publicarse la investigación, los investigadores pondrán los datos al alcance de todos para permitir que otros profesionales calificados confirmen los análisis y resultados, esta retención de datos es por lo menos de cinco años (APA, 2010)

Publicación duplicada y publicación parcial de datos: La presentación de datos ajenos como propios, cuando ya se han publicado

con anterioridad está prohibido, esta prohibición es de vital importancia para el conocimiento acumulativo del área de investigación. Además los investigadores no enviaran manuscritos en los que se describa una obra que ya haya sido publicada en su totalidad o en una parte substancial en otro espacio.

Plagio y autoplagio: Los investigadores no afirman que las palabras e ideas de otro sean suyas, dan crédito cuando es debido, aplicándose tanto a ideas como a palabras escritas. A su vez, los investigadores no deben presentar los trabajos de otro como suyos, tampoco pueden presentar sus propios trabajos ya publicados como una investigación nueva (APA, 2010)

Derechos y confidencialidad de los participantes en la investigación: Se está obligado a certificar estándares de uso correcto de la investigación (APA, 2010), esto se procede mediante la autorización institucional, informando de forma precisa las propuestas de investigación, asimismo, se debe informar el consentimiento informado a los participantes de la investigación (Corinaldesi, Salomone y Michel, 2010). Asimismo, está prohibido revelar información personal confidencial

3.10. Criterios de rigor científico

Según la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación Universidad de Valladolid (En Prensa), menciona que el rigor científico de las investigaciones cuantitativas corresponde a los siguientes puntos:

Valor de verdad: Esto se determina mediante la validez interna, es decir, el isomorfismo entre la realidad y los datos recogidos.

Aplicabilidad: Se determinad mediante la validez externa, es el grado en que puede aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos o contextos, Hernández et al. (2014), lo denomina como la posibilidad de generalizar resultados de un experimento a situaciones no experimentales, así como a otras personas, casos y poblaciones.

Consistencia: Se refiere a la fiabilidad interna, que es el grado en que los instrumentos repiten las mismas medidas en las mismas circunstancias

Neutralidad: Determinado por el nivel de objetividad o fiabilidad externa, que es el grado en el que la investigación está exenta de la influencia de la perspectiva del investigador

Además los instrumentos a usar deben poseer características psicométricas aceptables, por lo que debe ser válidos y confiables.

Validez: Grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir (Hernández et al. 2014)

Confiabilidad: Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes (Hernández et al. 2014)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y gráficos

Tabla 4.1

Correlación entre maltrato pasivo y depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

		Maltrato pasivo	Depresión infantil
Maltrato pasivo	Correlación de Pearson	1	,342**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	349	349
Depresión infantil	Correlación de Pearson	,342**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	349	349

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se aprecia en la tabla 4.1, existe correlación positiva entre las variables de estudio con una significancia $p < 0.001$.

Tabla 4.2

Frecuencia general de maltrato pasivo en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	217	62,2%	62,2	62,2
	Medio	120	34,4%	34,4	96,6
	Alto	12	3,4%	3,4	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

Como se muestra en la tabla 4.2, el 62.2% de la muestra evaluada presenta niveles bajos de maltrato pasivo, a diferencia del 34.4% y 3.4% presenta niveles medio y alto respectivamente.

Tabla 4.3

Frecuencia por niveles de las dimensiones del maltrato pasivo en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015

		Bajo	Medio	Alto	Total
Abandono	Frecuencia	269	76	4	349
	Porcentaje	77.1%	21.8%	1.1%	100.0
Atestiguamiento de violencia	Frecuencia	273	55	21	349
	Porcentaje	78.2%	15.8%	6.0%	100.0
Carencia afectiva	Frecuencia	305	34	10	349
	Porcentaje	87.4%	9.7%	2.9%	100.0
Negligencia	Frecuencia	212	116	21	349
	Porcentaje	60.7%	33.2%	6%	100.0

Como se visualiza en la tabla 4.3, la prevalencia mayoritaria en cada una de las dimensiones de maltrato pasivo es de nivel bajo.

Tabla 4.4.

Frecuencia general de depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	309	88,5%	88,5	88,5
	Medio	40	11,5%	11,5	100,0
	Total	349	100%	100,0	

Como se representa en la tabla 4.4, la prevalencia general mayoritaria de depresión infantil en la muestra de estudio se ubica en un nivel bajo, con un 88,5%.

Tabla 4.5

Frecuencia por niveles de las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015

		Bajo	Medio	Alto	Total
Estado de ánimo	Frecuencia	185	146	18	349
disfórico	Porcentaje	53%	41.8%	5.2%	100.0
Ideas de	Frecuencia	218	131	0	349
autodesprecio	Porcentaje	62.5%	37.5%	0%	100.0

Como se aprecia en la tabla 4.5, la prevalencia mayoritaria de las dimensiones de depresión infantil se localiza en un nivel bajo de sintomatología.

Tabla 4.6

Correlación entre la dimensión abandono físico y las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015

	Estado de ánimo disfórico	Ideas de autodesprecio
Correlación Pearson	,318**	,310**
Abandono Sig. (bilateral)	.000	.000
N	349	349

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación estándar	N
Abandono físico	1,44	1,315	349
Estado de ánimo disfórico	5,82	3,937	349
Ideas de autodesprecio	2,97	2,347	349

Como se visualiza en la tabla 4.6, existe correlación positiva entre la dimensión abandono físico y las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015 a un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Tabla 4.7

Correlación entre la dimensión negligencia y las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015

		Estado de ánimo disfórico	Ideas de autodesprecio
Negligencia	Correlación Pearson	,275**	,175**
	Sig. (bilateral)	.000	.001
	N	349	349

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación estándar	N
Negligencia	4.78	3.180	349
Estado de ánimo disfórico	5.82	3.937	349
Ideas de autodesprecio	2.97	2.347	349

Como se visualiza en la tabla 4.7, existe correlación positiva entre la dimensión negligencia y las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015 a un nivel de significancia de $p < 0.01$

Tabla 4.8

Correlación entre la dimensión carencia afectiva y las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015

		Estado de ánimo disfórico	Ideas de autodesprecio
Carencia afectiva	Correlación Pearson	,173**	,177**
	Sig. (bilateral)	.001	.001
	N	349	349

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación estándar	N
Carencia afectiva	1.08	1.086	349
Estado de ánimo disfórico	5.82	3.937	349
Ideas de autodesprecio	2.97	2.347	349

Como se visualiza en la tabla 4.8, existe correlación positiva entre la dimensión carencia afectiva y las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015 a un nivel de significancia de $p < 0.01$

Tabla 4.9

Correlación entre la dimensión atestiguamiento de violencia y las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015

		Estado de ánimo disfórico	Ideas de autodesprecio
Atestiguamiento de violencia	Correlación de Pearson	,302**	,134*
	Sig. (bilateral)	.000	.012
	N	349	349

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación estándar	N
Atestiguamiento de violencia	1.53	1.555	349
Estado de ánimo disfórico	5.82	3.937	349
Ideas de autodesprecio	2.97	2.347	349

Como se visualiza en la tabla 4.9, existe correlación positiva entre la dimensión carencia afectiva y las dimensiones de la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015 a un nivel de significancia de $p < 0.01$ con la dimensión estado de ánimo disfórico, y a un nivel de significancia de $p < 0.05$ con la dimensión ideas de autodesprecio

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe relación entre el maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Para la contrastación de hipótesis se ha procedido a realizar un análisis paramétrico mediante el coeficiente de correlación de Pearson, cuyo resultado indica que existe relación positiva entre las variables de estudio a un nivel de significancia $p < 0.01$, esto indica que a mayor nivel de maltrato pasivo, mayor es el nivel de depresión infantil.

Hipótesis específicas

Se acepta la H1, Existe relación entre el abandono y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015. Correlación positiva a un nivel de $p < 0.01$ de significancia.

Se acepta H2, Existe relación entre la negligencia y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de

los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015. Correlación positiva a un nivel de $p < 0.01$ de significancia.

Se acepta la H3, Existe relación entre la carencia afectiva y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015. Correlación positiva a un nivel de $p < 0.01$ de significancia.

Se acepta la H4, Existe relación entre el atestiguamiento de violencia y las dimensiones de la depresión infantil, en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015. Correlación positiva a un nivel de $p < 0.01$ de significancia con la dimensión estado de ánimo disfórico, y un nivel $p < 0.05$ de significancia con la dimensión ideas de autodesprecio.

4.2. Discusión de resultados

La presente pesquisa tuvo como objetivo general determinar la relación entre los niveles del maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

En lo que respecta al análisis correlacional de las variables de estudio, se encontró relación positiva entre maltrato pasivo y depresión infantil en la muestra de estudio a un nivel de significancia de $p < 0.01$, esto quiere decir que a mayor nivel de maltrato pasivo, mayor será el nivel de depresión infantil. Los resultados de esta investigación, representan un nuevo aporte de conocimiento, ya que hasta la fecha se desconocía la relación entre las variables de estudio, siendo el único referente aproximativo al constructo de maltrato pasivo, el estudio sobre negligencia efectuado por Monteza et al (2010), quien encontró que la negligencia guarda relación con la resiliencia.

Estos resultados dan mayor alcance sobre las variables, especialmente con la variable de maltrato pasivo, que a pesar de estar contemplado dentro de la protección al menor, tipificado en el derecho internacional como además en las leyes peruanas, no existe antecedente que evalúe la totalidad de la misma, es decir, adhiriendo las dimensiones, tipología y/o clasificación que han propuesto distintos autores: abandono físico, abandono emocional, atestiguamiento de violencia (Murqueta et al. 2015); abandono físico, abandono emocional (Simón et al. 2000, como se citó en Acevedo, 2010); abandono físico, carencia afectiva, negligencia (Casado et al. 1997, como se citó en Martínez, 2010). Estas dimensiones para el presente estudio, se acoplaron teniendo en cuenta las similitudes entre las propuestas de los

distintos autores, dando como resultado a cuatro dimensiones definidas que se evidencia en el maltrato pasivo: Abandono físico, negligencia, carencia afectiva y atestiguamiento de violencia.

En cuanto a la prevalencia de maltrato pasivo, los resultados son inferiores a los esperados, ya que como explica Bastida (2011), el maltrato activo es el más conocido, pero no el más frecuente, y el maltrato por omisión (pasivo) es el 70% del total del maltrato, esto era corroborado por Bernedo et al. (2010), quien encontró que el 82.9% de la muestra sufrió alguna modalidad de maltrato pasivo (abandono, negligencia, etc.); sin embargo en la realidad de la población estudiada solo el 3.4% indica un nivel alto de maltrato pasivo total, y el 34.4% se ubica un nivel medio.

En lo que se refiere a la prevalencia de la depresión infantil no se encontró un nivel alto de depresión infantil, solo el 11,5% está en un nivel medio, que según los criterios de interpretación manifestadas por Arévalo (2008), sería un nivel de sintomatología moderada con riesgo, estos resultados son alentadores, sobre todo porque para el 2020 la depresión será la causa primordial de muerte (Auger, 2000, como se citó en Cruz, 2008), aunque estos resultados representa un riesgo, ya que según Carrillo (2008) uno de cada 33 niños tiene depresión, en cambio en la muestra estudiada el riesgo es cuatro veces superior a la

estimación dada por Carrillo, siendo de 4 cada 33 niños muestra síntomas moderados de depresión infantil en el distrito de La Victoria. Sin embargo estos resultados son inferiores a los hallazgos de Herrera et al. (2009) quien en su investigación encontró una prevalencia del 17% (6 cada 33 niños) de síntomas depresivos, y también son inferiores a los hallazgos demostrados por Irigoien (2010), quien a nivel local encontraron mayor prevalencia de depresión media alta, en la mayoría de la muestra estudiada.

Para determinar la relación entre las dimensiones del maltrato pasivo y las dimensiones de depresión infantil se ha hecho uso del coeficiente de correlación de Pearson, la misma que ha determinado que existe relación entre las dimensiones de las variables de forma bilateral a un nivel de significancia de $p < 0.01$, esto es indicativo de la repercusión que tiene el tipo de maltrato poco conocido en los síntomas depresivos en niños, además que es una evidencia nueva, a ser estudiada con mayor profundidad.

La relación entre abandono físico y las dimensiones de la depresión infantil son a un nivel $p < 0.01$, esto implica que a mayor nivel de abandono físico, mayor será la sintomatología de depresión, esto relación es influida, dado que el abandono implica un desprendimiento total del niño, o parcial ocasionando inmadurez emocional,

autoagresiones, tristeza (Simón et al. 2000). Entonces, el abandono genera marcos síntomas de tristeza, el mismo que se manifiesta en la depresión, tal como estipula los criterios diagnósticos.

Asimismo, existe relación positiva entre la negligencia y las dimensiones de depresión infantil a un nivel $p < 0.01$ de significancia, lo que es indicativo que a mayor nivel de negligencia, mayor son los síntomas de depresión infantil, estos resultados se acoplan a los hallazgos de Ayala et al. (2010), quienes demostraron que existe relación entre la negligencia familiar y problemas de relación, sobre todo se manifiesta en la vida adulta, como además que la negligencia está relacionada con el entorpecimiento del desarrollo personal de los niños (Bazán, 2010), entonces se afirma que los resultados son congruentes con lo mencionado por Casado et al. (1997), quienes afirman que la negligencia puede ser perjudicial, ya que genera problemas en edades críticas, niños y adolescentes, quienes son vulnerables y son dependientes de las figuras paternas, y que puede desencadenar privación emocional.

Los resultados indican que existe relación significativa $p < 0.01$ entre la carencia afectiva y las dimensiones de la depresión infantil, esta evidencia nueva indica mayores conocimientos sobre la incidencia de la depresión infantil, la misma que anteriormente había sido observada por

Spitz en 1965, donde los niños ausentes de afecto mostraban depresión, esto puede ser debido a que los niños muestran gran interés en los vínculos afectivos, sobre todo estables con sus progenitores (Casado et al. 1997)

En cuanto a la dimensión de atestiguamiento de violencia, la evidencia sugiere que existe relación significativa $p < 0.01$, y $p < 0.05$, aunque actualmente no existe precedente, estos resultados dan nueva información sobre el entendimiento de la depresión infantil, esto genera que los niños se sienta asustados y confundidos con respecto a la relación con sus progenitores (Muruetta et al. 2015)

Los resultados mostrados son generalizables puesto que la muestra utilizada abarca una población numerosa, aunque se sugiere mayor investigación en otras realidades.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En base a los resultados y posterior análisis del estudio se concluye lo siguiente:

Existe relación positiva entre el maltrato pasivo y depresión infantil a un nivel de $p < 0.01$ de significancia

Se evidencia un 34.4% de maltrato pasivo general a un nivel medio y 3.4% en un nivel alto

Se evidencia un 11.5% de depresión infantil general a un nivel medio

Existe relación positiva entre abandono físico y las dimensiones de depresión infantil a un nivel $p < 0.01$

Existe relación entre negligencia y las dimensiones de depresión infantil a un nivel $p < 0.01$

Existe relación entre carencia afectiva y las dimensiones de depresión infantil a un nivel $p < 0.01$

Existe relación entre atestiguamiento de violencia y las dimensiones de depresión infantil a un nivel $p < 0.01$ con el primero, y $p < 0.05$ con el segundo

5.2. Recomendaciones

En función de las conclusiones se recomienda lo siguiente:

A las autoridades de los distintos centro educativos involucrados en el presente estudio, efectuar charlas de sensibilización sobre el maltrato pasivo, por ser un tema desconocido en la población en general, padres de familia, alumnos y docentes.

A los futuros investigadores, se recomienda efectuar una nueva revisión del estudio, como además replicación para tener mayores alcances de las variables estudiadas.

Ahondar en las implicancias del atestiguamiento de violencia y su repercusión en la población con respecto a la depresión infantil, por medio de una investigación que explore dicha variable.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Abraham, K. (1924) *Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*. En "Psicoanálisis clínico" (1994). Buenos Aires. Editorial Lumen-Hormé.
- Acevedo Alemán, J. (2010) *El castigo infantil en México: las prácticas ocultas*. México. Editorial Plaza y Valdés.
- Agudelo Vélez, D., Casasdiegos Garzón, C. & Sánchez Ortiz, D. (2009) Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*. 8 (1), pp. 87-104. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/404/294>
- Ajuriaguerra, J. (2005) *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona. Editorial Masson.
- Alarcón Rojas, M. & Contreras Araya, P. (2011) *Diagnóstico psicodramático de un adolescente víctima de maltrato físico y psicológico grave*. (Tesis de grado, Centro de Estudios de Psicodrama) Recuperado de: <http://psicodramachile.cl/wp/wp-content/uploads/2013/11/2011ViolenciaFisicaPsicologiaAdolescentes.pdf>

Álvarez Zuñiga, M., Ramírez Jacobo, B., Silva Rodríguez, A., Coffin Cabrera, N., & Jiménez Rentería, M. (2009) La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 9(2), pp. 205-216. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-ES.pdf>

American Junior College (2014) En *Informativo de procedimiento Interno para casos de Abuso Sexual, Violación y Maltrato Físico o Psicológico*. Recuperado de <http://americanjuniorcollege.cl/ajc/wp-content/uploads/2014/03/PROTOCOLO-DE-ABUSO.pdf>

Arevalo Luna, E. (2008) *Inventario de depresión infantil (CDI): Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura*. Trujillo.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington.

Ayala Rey, C. & Juca Pintado, S. (2010) *Niños y niñas víctimas de negligencia familiar y su repercusión en sus relaciones interpersonales*. (Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2240>

- Barudy, J. (2011, 4 de marzo) El papel de los profesores en el apoyo de los niños y niñas víctimas de malos tratos. Recuperado de: [http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201103041251510.Buen Trato UC El papel de los profesores en el apoyo de los ninos y ninas victimas de malos tratos.pdf](http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201103041251510.Buen_Trato_UC_El_papel_de_los_profesores_en_el_apoyo_de_los_ninos_y_ninas_victimas_de_malos_tratos.pdf)
- Bastida, A. (2011, 17 de septiembre) Maltrato por omisión: un modo de maltrato poco conocido. *Bebés y más: Embarazo, infancia, mamás y papás*. Recuperado de: <http://www.bebesymas.com/ser-padres/maltrato-por-omision-un-modo-de-maltrato-poco-conocido>
- Bautista Castelblanco, C. (2007, 25 de Julio) Síndrome de alienación parental (SAP) efectos psicofisiológicos y sociales. La violencia judicial. Recuperado de: <http://psicologiajuridica.org/psi228.html>
- Bazán Bravo, S. (2010) *Evaluación y análisis del maltrato por negligencia y su efecto pernicioso al desarrollo personal de la población infantil en las comunidades de Kawache, Villa Unión y las Américas durante el período 2006-2007*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos) Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2667/1/bazan_bs.pdf
- Bernedo Muñoz, I., Fuentes Rebollo, M. (2010). Necesidades de apoyo y satisfacción en los acogimientos con familia extensa. *Anales de*

Psicología, 26(01), pp. 95-103. Recuperado de:
http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/12-26_1.pdf

Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Reimpresión en español de 1997. Barcelona. Editorial Paidós.

Cáceres Gamarro, A. (2010) *El Programa de Familias Sustitutas como un Recurso para los Jueces de la Niñez y la Adolescencia Dentro del Proceso Regulator de la Protección del Niño, Niña o Adolescente Vulnerado en sus Derechos*. (Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala). Recuperado de:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_8580.pdf

Calvo Foxley, M., (2013) *Muñeca del Bosque: El Proceso Arte Terapéutico con una Niña Víctima de Vulneraciones de Derecho Grave*. (Tesis de especialización, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso) Recuperado de:
<http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115263/MONOGRAF%C3%8DA%20POSTITULO%20ARTETERAPIA%20MAGDALENA%20CALVO%20FOXLEY.pdf?sequence=1>

Carrillo, W. (2008) El 21% de los niños peruanos sufre de depresión, advierte director de hospital Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. *Andina: Agencia Peruana de Noticias*. Recuperado de:
<http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-21-los-ninos-peruanos-sufre-depresion-advierter-director-hospital-honorio-delgadohideyo-noguchi-163107.aspx>

- Casado Flores, J., Martínez Gonzales, C. (1997) Maltrato Pasivo: Omisión, negligencia y abandono. En Casado, J., Díaz, J., Martínez, C. (Ed.) *Niños Maltratados* (pp. 139 – 144) Madrid. Ediciones Díaz de Santos.
- Castejón Costa, J., Navas Martínez, L. (2011) *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria*. España. Editorial Club Universitario.
- Corinaldesi, M., Salomone, G. & Michel, J. (2010) *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. American Psychological Association (APA) Enmiendas 2010*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: http://www.uhu.es/susana_paino/EP/CcAPA.pdf
- Cruz Vergara, J. (2008) *Depresión Infantil: incidencia, intervención e implicaciones en niños de educación especial*. (Tesis inédita de maestría, Universidad Metropolitana). Recuperado de: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Educacion/JCruzVergara1712.pdf
- Enríquez, S. (2004) “*Análisis del Maltrato Infantil Familiar en el Proceso de Adaptación de los Niños del primer año de Educación Básica de las Escuelas Fiscales de la Ciudad de Tulcán durante el año lectivo 2003 – 2004*” (Tesis de licenciatura, Universidad Tecnológica Equinoccial) Recuperado de

http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/11480/1/23311_1.pdf

Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación
Universidad de Valladolid (En prensa) *Medidas de rigor en investigación cualitativa y cuantitativa*. Recuperado de:
<https://www.tel.uva.es/descargar.htm;jsessionid=2571B5AAF7A2D786CD0BF235EFF80048?id=17882>

Espinosa, I., Mercado, M; Pérez, L., Espinosa, N. (2013) El afrontamiento de conflictos familiares en las parejas que pertenecen a grupos católicos en la ciudad de Tepic, Nayarit. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16(1). Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi131e.pdf>

Estadística de Calidad Educativa (s.f., 2015) *Escuelas*. Recuperado de:
<http://escale.minedu.gob.pe/web/inicio/padron-de-iiee>

Fernández Fernández, V. (2014) *Maltrato Infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados*. (Tesis de doctorado, Universidad de Murcia). Recuperado de:
<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/39453/1/TESIS%20C OMPLETA%20v4.pdf#page=35>

Fontemachi, M. (2012, 24 de noviembre) El Maltrato Infantil. Recuperado de:

<http://www.uss.edu.pe/uss/RevistasVirtuales/ssias/ssias5/pdf/2.-%20MALTRATO%20INFANTIL.doc>.

Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y melancolía*. En "Obras completas", tomo XIV (1996). Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Galicia Moyeda, I., Robles Ojeda, F. & Sánchez Velasco, A. (2009) Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de psicología*. 25 (2), pp. 227-240. Recuperado de <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/14434>

Gento Palacios, S. Sánchez Manzano, E. (2010) *Tratamiento educativo de la diversidad de personalidad, problemas de disciplina y desadaptación social*. Madrid. Librería UNED.

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (5ª edición) (2010). *Metodología de la Investigación*. México. Ed. Mc Graw Hill.

Herrera Murcia, E., Losada, Y., Rojas, L., & Gooding Londoño, P. (2009) Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*. 27(1), pp. 154-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627011>

Irigoin Hoyos, S. (2010) *Relación entre las estrategias de afrontamiento y depresión en los alumnos del nivel secundario de la Institución Educativa Nacional José María Arguedas del distrito La Victoria de la ciudad de Chiclayo*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Señor de Sipan, Lambayeque.

- Klein, M. (1957). *Envidia y gratitud*. En "Obras completas", tomo III. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1977). *Radiofonía y televisión*. Barcelona. Editorial Anagrama.
- León Pinto, S. (2013) *Problemas actuales en psicoanálisis infanto-juvenil*. Santiago de Chile. Ril Editores.
- Marcelli, D., Ajuriaguerra, J. (2005) *Psicopatología del niño*. Barcelona. Editorial Masson.
- Martínez Segura, M. (2010) *Biopatología de la privación socioambiental: Maltrato infantil*. Recuperado de <http://ocw.um.es/cc.-sociales/biopatologia-de-la-edad-escolar/material-de-clase-1/tema6.pdf>
- Martos Rubio, A. (2009, 12 de abril) Cómo detectar la violencia psicológica. *Mobbing OPINION*. Recuperado de: http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_682.shtml
- !
- Melo-Vega Vinatea, C. (2009) *Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú) Recuperado de: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/46283>
- Méndez Carrillo, F. (2011) *El niño que no sonrío: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Ediciones Pirámide.

- Meneses, J. (2013) *Psicometría*. Barcelona. Editorial UOC
- Milicic, N., Mena, M., López, V., Justiniano, B. (2012) *Clínica Escolar: prevención y atención en redes*. Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Miller, A. (1998). *El drama del niño dotado y la búsqueda del verdadero yo*. Barcelona. Editorial Tusquets.
- Monteza Almeyda, C., Vilchez Rufasto, B. (2010) *Relación entre los Niveles de Resiliencia y Negligencia Física en alumnos en situación de pobreza de la Institución Educativa Nuestra Señora de la Paz de la ciudad de Chiclayo*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Señor de Sipan, Lambayeque.
- Murueta Reyes, M., Orozco Guzmán, M. (2015) *Psicología de la violencia: Causas, prevención y afrontamiento*. México. Editorial El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2014) Maltrato infantil. Nota descriptiva N.º 150. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Otero, R. (2014) *Depresión: ¿Enfermedad o indolencia?* Argentina. Bubok Publishing.
- Perez, G., Sandoval, S. (2011) *El maltrato infantil y su influencia en el comportamiento de los niños/as de educación inicial de 4-5 años en los centros infantiles de la zona centro urbana de la ciudad de Ibarra*. (Tesis de licenciatura, Universidad Técnica del Norte).

Recuperado de

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1340/1/05TESIS1303.pdf>

Radio Programas del Perú (2012, 27 de agosto) *Lambayeque: En 20% se incrementan casos de intento de suicidio juvenil*. Recuperado de: <http://rpp.pe/peru/actualidad/lambayeque-en-20-se-incrementan-casos-de-intento-de-suicidio-juvenil-noticia-515840>

Riso, W. (2006) *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia. Editorial Norma.

Sáenz González, M. (2010) *Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/46219>

Tabera Galvan, V., Rodríguez de Lorza, M. (2010) *Intervención con familias y atención a menores*. Madrid. Editorial Editex.

Unicef (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos*, N° 9. Recuperado de <http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF%282%29.pdf>.

Unicef (2012) Violencia y maltrato infantil. Recuperado de: http://www.unicef.org/peru/spanish/protection_3226.htm

Winnicott, D. (1958). *Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos*. En "La familia y el desarrollo del individuo" (1995). Buenos Aires. Editorial Lumen-Hormé

ANEXOS

ANEXO I

VERIFICACIÓN DE LA CREACIÓN DEL CUESTIONARIO DE MALTRATO PASIVO (CMP)

En la investigación: Maltrato Pasivo y Depresión Infantil en Estudiantes del Nivel Primario de los Colegios Públicos del Distrito La Victoria 2015, elaborado por los autores Dávila Arenas José Alfredo y Ramos Cuzque Roberto Carlos, fue necesario construir un instrumento para medir una de las variables cuyo título lleva: CUESTIONARIO DE MALTRATO PASIVO (CMP), el cual fue determinado por criterio de jueces, quienes confirmaron la coherencia del instrumento con el marco teórico.

JUECES	FIRMA/SELLO
Psí. Danilo Larrea Vargas	 Firma Danilo Larrea Vargas Psicólogo - C.P.S.P. 13555
Psí. Walter Marco Carpio Incio	 Walter Marco Carpio Incio Lic. PSICOLOGÍA C.Ps.P. 13195
Psí. Elard Sánchez Gamarra	 Elard A. Sánchez Gamarra PSICOLOGO C.Ps.P.13200

ANEXO II
Cuestionario de Maltrato Pasivo CMP

Nombre y Apellidos: Edad: Sexo: Fecha:

Lee detenidamente y de forma pausada cada oración y luego marca con un aspa (X) "V" de verdadero, si la oración se asemeja o parece a lo que te ocurre; marca "F" de falso si la oración no te describe en nada a ti. No hay respuestas buenas ni malas, no pienses mucho sobre cada pregunta marca la respuesta según lo que te pasa o sientes. Si tienes preguntas para aclarar dudas, puedes hacerlo libremente. Esta prueba es totalmente confidencial.

Nº	Ítem	V	F
1	¿Puedes escuchar o ver cuando tus padres pelean (se golpean)?		
2	¿Tus padres o las personas que te cuidan acostumbran discutir cuando estas presente?		
3	¿Casi todos los días tus padres o familiares no tienen en cuenta tus necesidades de protección y cuidado?		
4	¿Casi nunca te llevan al hospital para a realizarte controles médicos?		
5	¿Tus padres están fuera de casa la mayor parte del día y casi no les ves?		
6	¿Acostumbras ir a comer hamburguesas, pizzas en vez de comida preparada en casa?		
7	¿Vives lejos de tus padres?		
8	¿Tus padres, familiares o personas que te cuidan fuman en tu delante?		

9	¿En tu presencia tus padres o cuidadores, discuten o se agreden verbalmente (gritos insultos)?	
10	¿Estás solo en casa la mayor parte de tiempo?	
11	¿Cuándo te enfermas te dan medicamentos sin haber consultado con un médico?	
12	¿Te sientes asustado o confundido porque ves o escuchas a tus padres o cuidadores pelear, discutir?	
13	¿Cuándo necesitas la ayuda de tú mamá o de la persona más importante para ti, no lo tienes?	
14	¿Cuándo los médicos te dan un tratamiento, lo dejas cuando ya te sientes mejor, aun cuando no haya terminado?	
15	¿Con regularidad puedes ver o escuchar como tus padres o cuidadores se agreden físicamente (golpean)?	
16	¿Tus padres, familiares o cuidadores no te cuidan aun cuando pueden cuidarte?	
17	¿Tus padres o familiares no te cuidan porque están impedidos por enfermedad, alcoholismo u drogadicción?	
18	¿Existen temporadas en la que no ves a tus padres por mucho tiempo?	
19	¿Tus padres te dejan solo?	
20	¿Pasas la mayor parte de tu tiempo libre mirando televisión, jugando play station o en la computadora?	
21	¿El consumo de alcohol, drogas o la enfermedad de tus padres o cuidadores impiden que te cuiden?	
22	¿Tus necesidades de protección y cuidado no son atendidas por tus padres o familiares?	
23	¿Muy pocas veces o nunca tus padres o familiares revisan las tareas que te dejan tus profesores?	

24	¿Cuándo quieres que tus padres o familiares te cuiden, no lo hacen?	
25	¿Actualmente vives sin tus padres?	
26	¿Estás más de una o dos horas diarias mirando televisión, play station o en la computadora?	
27	¿Muy pocas veces o nunca tus padres o familiares revisan las tareas que te dejan tus profesores?	
28	¿Tu papá o mamá se ausentan de casa por largo tiempo (semanas, meses, años)?	
29	¿Regularmente pierdes la asistencia de la figura más importante para ti, por ejemplo de tu mamá?	
30	¿Muchas veces tus padres, familiares o cuidadores no atienden tus necesidades de cuidado?	
31	¿Casi siempre tu casa esta desordenada o tiene poca seguridad (puedes coger fácilmente cuchillos)?	
32	¿Muchas veces has perdido el apoyo de tu mamá o de la persona más importante para ti?	
33	¿Cuándo tus padres o cuidadores pelean (golpes), tú los puedes ver o escuchar?	
34	¿Rara vez estas menos de una hora diaria en la televisión, play station o computadora?	
35	¿Vives actualmente con personas que no son tus familiares directos?	
36	¿Acostumbran tus padres, familiares o cuidadores fumar cuando tu estas presente?	
37	¿Tus padres o familiares te dejan ver televisión, jugar play station o computadora más de una o dos horas diarias?	

ANEXO III

Validez de constructo mediante el método ítem-test del Cuestionario de Maltrato Pasivo (CMP)

ÍTEM	ÍTEM-TEST	ÍTEM	ÍTEM-TEST
1	0.358	20	0.369
2	0.316	21	0.317
3	0.306	22	0.409
4	0.381	23	0.473
5	0.318	24	0.359
6	0.333	25	0.344
7	0.373	26	0.386
8	0.311	27	0.387
9	0.456	28	0.401
10	0.307	29	0.402
11	0.307	30	0.487
12	0.320	31	0.335
13	0.445	32	0.308
14	0.342	33	0.385
15	0.403	34	0.323
16	0.429	35	0.355
17	0.392	36	0.386
18	0.456	37	0.333
19	0.405		

ANEXO IV

Baremos generales del Cuestionario de Maltrato Pasivo (CMP)

PT	PC	NIVEL
26	100	
25	97	
24	92	ALTO
23	90	
22	84	
21	80	
20	73	
19	71	
18	64	
17	60	
16	57	
15	51	MEDIO
14	49	
13	42	
12	35	
11	27	
10	26	
9	22	
8	20	
7	14	
6	12	
5	6	BAJO
4	6	
3	4	
2	4	
1	2	

ANEXO V

Baremos de las dimensiones del Cuestionario de Maltrato Pasivo

Abandono Físico			Negligencia			Carencia Afectiva			Atestiguamiento de violencia		
PT	PC	NIVEL	PT	PC	NIVEL	PT	PC	NIVEL	PT	PC	NIVEL
6	100	Alto	16	100		5	100	Alto	6	100	Alto
5	84		15	100		4	86		5	81	
4	56	Medio	14	98	Alto	3	49	Medio	4	60	Medio
3	33		13	89		2	24		3	36	
2	22	Bajo	12	84		1	9	Bajo	2	17	
1	10		11	79		0	4		1	9	
0	3		10	67					0	4	
			9	59							
			8	46	Medio						
			7	37							
			6	27							
			5	21							
			4	16							
			3	10	Bajo						
			2	10							
			1	8							
			0	1							

ANEXO VI

Inventario C.D.I. Adaptación y estandarización: Edmundo Arévalo Luna - 2008

Nombres y apellidos: Edad:
 Fecha de hoy Colegio:
 Grado..... /Sección Vives con: papá () mamá () hermanos ()
 abuelos () otros () especifica.....

INSTRUCCIONES

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **últimas dos semanas**, luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. Aquí tienes unos ejemplos:

- | 1 | 2 |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| A. Siempre leo libros | A. Me divierten los recreos X |
| B. Algunas veces leo libros X | B. A veces me divierten los recreos |
| C. Nunca leo libros | C. Me aburren los recreos |

N	N
Ítems	Ítems
A. Rara vez me siento triste B. Muchas veces me siento 1 triste C. Me siento triste todo el tiempo	A. Las cosas me van a salir bien B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien 2 C. Me siento triste todo el tiempo

<p>3</p> <p>A. Hago la mayoría de las cosas bien</p> <p>B. Hago muchas cosas mal</p> <p>C. Todo lo hago mal</p>	<p>4</p> <p>A. Muchas cosas me divierten</p> <p>B. Me divierten algunas cosas</p> <p>C. Nada me divierte</p>
<p>5</p> <p>A. Raras veces soy malo</p> <p>B. Soy malo muchas veces</p> <p>C. Soy malo todo el tiempo</p>	<p>6</p> <p>A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas</p> <p>B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas</p> <p>C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas</p>
<p>7</p> <p>A. Me gusto a mi mismo</p> <p>B. No me gusto a mi mismo</p> <p>C. Me odio a mi mismo</p>	<p>8</p> <p>A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas</p> <p>B. Tengo la culpa de muchas cosas malas</p> <p>C. Tengo la culpa de todas las cosas malas</p>
<p>9</p> <p>A. Nunca he pensado en matarme</p> <p>B. A veces pienso en matarme pero no lo haría</p> <p>C. Quiero matarme</p>	<p>10</p> <p>A. Rara vez tengo ganas de llorar</p> <p>B. Muchos días me dan ganas de llorar</p> <p>C. Siento ganas de llorar todos los días</p>
<p>11</p> <p>A. Rara vez me molesta algo</p> <p>B. Las cosas me molestan muchas veces</p> <p>C. Las cosas me molestan todo el tiempo</p>	<p>12</p> <p>A. Me gusta estar con otras personas</p> <p>B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas</p> <p>C. Yo no quiero estar con otras personas</p>

<p>13</p> <p>A. Me decido fácilmente por algo, cuando quiero</p> <p>B. Es difícil para mi decidirme por algo</p> <p>C. No puedo decidirme por algo</p>	<p>14</p> <p>A. Me veo bien</p> <p>B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia</p> <p>C. Me veo horrible</p>
<p>15</p> <p>A. Hacer las tareas del colegio no es problema</p> <p>B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio</p> <p>C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio</p>	<p>16</p> <p>A. Duermo muy bien</p> <p>B. Varias noches tengo problemas para dormir</p> <p>C. Todas las noches tengo problemas para dormir</p>
<p>17</p> <p>A. Rara vez me siento cansado</p> <p>B. Muchos días me siento cansado</p> <p>C. Todo el tiempo me siento Cansado</p>	<p>18</p> <p>A. Como muy bien</p> <p>B. Varios días no tengo ganas de comer</p> <p>C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer</p>
<p>19</p> <p>A. No me preocupan dolores ni enfermedades</p> <p>B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades</p> <p>C. Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades</p>	<p>20</p> <p>A. No me siento solo</p> <p>B. Muchas veces siento solo</p> <p>C. Todo el tiempo me siento solo</p>
<p>21</p> <p>A. Siempre me divierto en el colegio</p>	<p>22</p> <p>A. Tengo muchos amigos</p>

	B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio C. Nunca me divierto en el colegio	B. Tengo muchos amigos, pero quisiera tener más C. No tengo amigos																
23	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes C. Mi rendimiento en el colegio es Malo	24 A. Soy tan bueno como otros alumnos B. Puedo ser tan bueno como otros alumno, si yo quisiera C. Nunca podré ser tan bueno como otros alumnos																
25	A. Estoy seguro que hay personas que me quieren B. No estoy seguro si alguien me quiere C. Nadie me quiere realmente	26 A. Generalmente hago caso en lo que me dicen B. Muchas veces no hago caso en lo que me dicen C. Nunca hago caso en lo que me Dicen																
27	A. Me llevo bien con los demás B. Muchas veces me peleo con los demás C. Todo el tiempo me peleo con los demás	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS</th> <th>PD</th> <th>Pc</th> <th>DIAGNÓSTICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DISFORIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTODES</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AREAS	PD	Pc	DIAGNÓSTICO	DISFORIA				AUTODES				TOTAL			
AREAS	PD	Pc	DIAGNÓSTICO															
DISFORIA																		
AUTODES																		
TOTAL																		

ANEXO VII

Correlación ítem-test de las dimensiones del C.D.I. para Chiclayo nivel primario

Esta de ánimo disfórico			Ideas de autodesprecio		
ítems	R	P	ítems	r	P
1	0.597	0	5	0.418	0
2	0.529	0	7	0.569	0
3	0.536	0	8	0.538	0
4	0.421	0	9	0.604	0
6	0.454	0	13	0.487	0
10	0.623	0	14	0.627	0
11	0.581	0	15	0.569	0
12	0.384	0	23	0.618	0
16	0.559	0	24	0.626	0
17	0.476	0	25	0.609	0
18	0.581	0			
19	0.361	0			
20	0.635	0			
21	0.492	0			
22	0.486	0			
26	0.562	0			
27	0.488	0			

P < 0.01

ANEXO VIII

Normas en percentiles del CDI, en niños y niñas del nivel primario, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura

Estado de ánimo Disfórico		Ideas de Auto desprecio		Escala total	
PD	PC	PD	PC	PD	PC
26 a Mas	99			40 a	99
25	98			39	95
24	97			37-38	90
23	95			36-37	85
22	94			34-35	80
21	92			32-33	75
20	89			30-31	70
19	86			28-29	68
18	83			26-27	63
17	80	19	99	24-25	60
16	76	18	97	23	58
15	72	17	93	22	55
14	68	16	90	20-21	50
13	63	15	85	19	45
12	60	14	80	18	40
11	55	13	75	17	35
10	50	12	70	16	30
9	45	11	65	15	28
8	40	10	60	13-14	25
7	35	9	55	12	20
6	30	8	50	11	18
5	25	7	45	10	15
4	20	6	40	08-sep	10
3	15	5	35	7	8
2	10	4	30	6	5
1	5	3	20	5	3
0	1	2	10	4	1
		1	5		
		0	1		
	9,658		6.794	19.532	X
	3.887		2,811	5.986	DS
		4,806			N

ANEXO IX

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Roberto C. Ramos Cuzque y José A. Dávila Arenas, de la Universidad Señor de Sipán. El objetivo de este estudio es Determinar la relación entre los niveles del maltrato pasivo y la depresión infantil en estudiantes del nivel primario de los colegios públicos del distrito La Victoria, 2015.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas dos cuestionarios de preguntas. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Las respuestas que usted coloque en sus fichas serán guardadas para luego ser almacenadas en una base de datos electrónica, en un ordenador.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez terminadas de almacenar sus respuestas en la base de datos, los cuestionarios serán totalmente destruidos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.