

Universidad Salesiana, A.C.

Escuela de Psicología

**“Diferencia de ansiedad en niños con maltrato físico del DIF y niños sin
diagnóstico de
maltrato ”**

Tesis que presentan los alumnos

**Jessica Cano Gómez
Gisela Rivera Meneses**

Para obtener el título de

Lic. En Psicología



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

D E D I C A T O R I A S

A MI ASESORA Y PROFESORES:

“Por sus palabras, apoyo y sabios consejos, por sus enseñanzas transmitidas, sembrando en mi nuevos conocimientos e interés por superarme en cualquier ámbito”.

A DIOS:

Por ser mi guardián, consuelo y fortaleza en los momentos más difíciles,
obteniendo experiencias provechosas y gratas.

A MIS PADRES:

Por darme la vida, su amor incondicional, por creer en mí y darme una carrera
para mi futuro, Te agradezco mamá, tu tolerancia, entrega y apoyo. A ti papá,
te llevo en mi corazón, en mi mente y donde quiera que estés se que nos
cuidas y estás orgulloso de mi, LOS AMO.

A MIS HERMANOS, ABUELOS, TIOS Y PRIMOS:

Por sus palabras de aliento, por su ejemplo de vida y su amor que me
motivaron a seguir y llegar hasta el final.

A MIS AMIGOS:

Gracias por su amistad, apoyo y comprensión en los momentos más
estresantes de mi vida jaja.

Con gratitud

JESSICA CANO GOMEZ

A mis padres:

Gracias por mi oportunidad de existir, por su sacrificio en algún tiempo incomprendido, por su ejemplo de superación inalcanzable, por su comprensión y confianza, por su amor y amistad incondicional, porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional, por lo que ha sido y será.

A mi hijo:

Porque su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado para lograr esta meta.

A mis hermanas:

Con gratitud por su apoyo aliento y estímulo, mismo que posibilitaron la conquista de esta meta.

A mis abuelos, tíos, primos y amigos:

Por haber significado la inspiración que necesitaba para terminar mi carrera prometiendo superación y éxito sin fin.

Les agradece

GISELA RIVERA MENESES

INDICE

Introducción	1
Capítulo I. Ansiedad	
1.1 ¿Qué es ansiedad?	7
1.2 Causas que producen la ansiedad	11
1.3 Síntomas la ansiedad	13
1.4 Teorías sobre la ansiedad	16
1.5 Cuadros Clínicos de la ansiedad en la infancia	22
Capítulo II. El niño escolar	
2.1 Características del niño escolar	33
2.2 Desarrollo físico	34
2.3 Desarrollo psicológico	37
2.4 Desarrollo cognitivo	38
2.5 Proceso de lenguaje	41
2.6 Aprendizaje y pensamiento en la escuela	42
2.7 Autoconcepto	43
2.8 Estilos de crianza	45
Capítulo III. El niño maltratado	
3.1 Antecedentes del Maltrato infantil	49
3.2 Concepto y tipos de Maltrato	56
3.3 Causas y consecuencias del maltrato físico	62
3.4 Diagnóstico del niño maltratado	74

Capítulo IV. DIF (Sistema Municipal de Desarrollo de Integración Familiar)

4.1 Reseña Histórica del DIF	79
4.2 CEPAMyF	82
4.3 Definición y evaluación del niño maltratado según CEPAMyF	89

Capítulo V. STAIC (Cuestionario de autoevaluación: ansiedad Estado/Rasgo)

5.1 Fundamentación y descripción del Cuestionario Staic	98
5.2 Material para la aplicación	102
5.3 Normas de aplicación	102
5.4 Normas de calificación	104
5.5 Normas para la interpretación	106

Capítulo VI. Metodología

108

Capítulo VII. Conclusiones

122

Bibliografía

130

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo se ha manifestado el maltrato infantil que va desde las culturas más antiguas hasta nuestros días. Este fenómeno se da de diversas formas, por motivos religiosos, educativos etc. Anteriormente se creía que los hijos eran propiedad de los padres y que estos podían disponer de sus vidas por lo cual actuaban punitivamente con los infantes, estos menores eran eliminados, ahogados, torturados, vendidos, mutilados, etc. (Loredo 1994)

Se fueron atenuando estas acciones con el paso del tiempo, pues se empieza a considerar que el niño a pesar de ser una persona indefensa y dependiente tiene individualidad, características y necesidades propias. Todo ser humano tiene derecho a la vida, al cariño, educación, protección y respeto, sin embargo no todos los menores son reconocidos como personas que sienten y piensan, son agredidos por sus progenitores, tutores o personas que están a su cargo.

Es extremadamente desconcertante y molesto el tema de maltrato infantil pues en realidad gustaría creer que el maltrato es infrecuente y que en el caso de ocurrir, lo hacen en familias muy distintas a la nuestra; sin embargo, esto se presenta cada vez más, pero no se denuncian o se detectan, llegando así a extremos como el infanticidio.

El maltrato por lo general se origina en la familia, por lo que ésta se considera un factor determinante en la formación de conductas manifestadas en el niño,

ya que la mayor parte del tiempo éste convive e interactúa en ella. Los padres deben fomentar la armonía en la familia pues por el contrario se propiciará un medio adverso donde se de pie a la violencia.

De acuerdo a los antecedentes sobre el maltrato en niños, fue necesario crear instituciones de apoyo y protección, cuyo objetivo consiste en divulgar y cumplir los derechos del niño, tal como lo menciona la Declaración de Ginebra, donde se proponen los derechos que el niño disfrutará sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, del propio niño o de su familia (Principio 1). Entre ellos, responsabilizar a los padres de proporcionar un ambiente de afecto, seguridad moral y material, para el pleno desarrollo de la personalidad del niño (Principio 6). En este principio, la sociedad y las autoridades públicas no quedan exentas, ya que su obligación consistirá en cuidar especialmente a los niños sin familia. (Pérez 1990)

Estas instituciones protegen y se preocupan por los infantes pero, aún así, no alcanzan a cubrir las necesidades de los niños tanto materiales como emocionales, los casos no son en su totalidad denunciados y por lo tanto no son atendidos, sobre todo aquellos casos en los que se emplea el maltrato ya sea físico o verbal en la educación de los hijos, dejando en ellos consecuencias en su conducta (agresividad, aislamiento, baja autoestima, ansiedad, etc). Estas respuestas podrían influir en el desarrollo del niño, por lo que nuestra investigación se ocupará de una consecuencia en particular: “la ansiedad”, que

es entendida como una reacción adaptativa ante situaciones que representan o son interpretadas como un peligro para la integridad psicofísica del individuo, por tanto , se pretende estudiar la generación de ansiedad en los niños indagando si esto es una consecuencia del maltrato como un estado transitorio o un rasgo inherente de la personalidad.

Profundizando acerca de estas dos temáticas, hablaremos de definiciones, causas, consecuencias, de todo lo que se relacione con el maltrato físico y la ansiedad.

Nuestro objetivo consiste en estudiar a los menores maltratados físicamente, aquellos que presenten hemorragias, hematomas, quemaduras, fracturas, cicatrices, moretones, escoriaciones y alopecia, por lo que nos apoyaremos en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que es un organismo público destinado a proporcionar atención integral a las personas que son objeto de cualquier tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual, abandono y negligencia), el cual nos proporcionará información teórica y la posibilidad del área de investigación práctica para la realización del estudio, con el fin de comprobar en la población mexicana si el nivel de ansiedad tanto estado como rasgo, difiere entre los niños maltratados y los que no lo son,

Por ello, es de nuestro interés realizar ésta investigación con el objetivo de encontrar mas información de dicha diferenciación de ansiedad en niños maltratados y niños sin diagnóstico de maltrato, esperando que sea de utilidad para la Psicología Clínica, Experimental y Aplicada.

De acuerdo a este planteamiento surge la siguiente interrogante o incógnita que se pretende despejar:

- ✓ ¿Existe diferencia de ansiedad como estado y ansiedad como rasgo en niños maltratados físicamente del DIF y niños sin diagnóstico de maltrato de la escuela Lic. Isidro Fabela?

Para llevar a cabo esta investigación es necesario presentar la recopilación teórica de la siguiente manera con el fin de lograr una mayor comprensión:

En el primer capítulo, se definirá el concepto de ansiedad, los síntomas y causas que la producen, descripción de los diferentes enfoques teóricos acerca del tema y la clasificación de los trastornos y cuadros de ansiedad que pueden presentar los niños ante tal problemática. Empezaremos por preguntarnos en el siguiente capítulo: ¿Qué es el niño?, se describirá cómo es su desarrollo físico, psicológico, cognitivo, el proceso del lenguaje, aprendizaje, autoconcepto del mismo y por último se mencionarán los diferentes estilos de crianza empleados por los padres, todo esto con la finalidad de entender al sujeto en estudio. En el tercer capítulo se revisarán los antecedentes del maltrato a través del tiempo para la comprensión y estudio de concepto, causas, tipos, consecuencias y diagnóstico de dicho tema. También nos enfocaremos en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) dando una reseña histórica para entender el ¿cómo y por qué? se creó DIF, indagaremos ¿Cuál? es la función y proceso de detección de maltrato

en el menor del Centro de prevención y atención al maltrato y la Familia (CEPAMyF), el cual nos permitirá la investigación práctica (cap. 4).

Posteriormente, en el capítulo 5 se fundamentará y describirá el Cuestionario de autoevaluación: ansiedad Estado/Rasgo (STAIC), que se empleará para medir la ansiedad de los infantes, tomando en cuenta el material necesario para su aplicación, calificación e interpretación.

Dentro de la Metodología (cap. 6), especificaremos cuales son nuestros objetivos y en base a ellos describiremos las hipótesis, el procedimiento de la investigación y el análisis de los resultados obtenidos. Y para concluir en el capítulo 7 se presentan las conclusiones de este estudio, proporcionando las recomendaciones del mismo para trabajar a futuro

CAPITULO I
ANSIEDAD

1.1 ¿ QUE ES LA ANSIEDAD?

Empezaremos por exponer los conceptos que existen de ansiedad y que diferenciación hay entre angustia y miedo, pues algunos autores los manejan como sinónimos.

ANSIEDAD “ estado del que ansía, preocupación o *impaciencia por algo que ha ocurrido*”.

Echeburúa (1997) define a la ansiedad como una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro.

La psiquiatría tradicional la considera como una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada , por lo consiguiente, su característica es una señal de peligro difusa que el sujeto percibe como una amenaza para su integridad.

La posibilidad de experimentar respuestas de ansiedad, revivir recuerdos desagradables, imaginar situaciones amenazantes o pensar con temor en el presente o futuro es exclusivamente de la especie humana, por lo consiguiente muchos investigadores han realizado experimentos para poder entender el porque de esta reacción y como se presenta en sujetos con cierta capacidad psicológica de introspección y de autoanálisis. (Rojas ,1998).

Otro concepto de Ansiedad es el de una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representen o sean interpretadas como un peligro para la integridad psicofísica del individuo (Tyrer 1982) Esta ansiedad pone en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de una estimulación del sistema nervioso simpático. Desde el punto de vista clínico es un estado de preocupación excesiva ---expectación aprensiva---- sobre determinados acontecimientos, que se prolongan durante más de seis meses. El ansioso experimenta una dificultad importante de controlar ese sentimiento de constante preocupación. (Canda 2000)

Es importante diferenciar ansiedad de lo que es miedo y angustia ya que son cosas distintas.

El miedo, es una respuesta instintiva y universal, que no necesita un aprendizaje previo, teniendo como finalidad proteger al niño de diferentes peligros.

Podemos decir que la primera línea de defensa en el niño es el miedo a la separación, si se rompe está, empiezan los miedos a los animales y a los daños físicos. Según Gray (1971) los miedos innatos se pueden agrupar en 5 categorías:

- ✓ Miedo a los estímulos intensos : ruidos o dolores
- ✓ Miedo a los estímulos desconocidos: temor a las personas extrañas
- ✓ Miedo a la ausencia de estímulos : la oscuridad
- ✓ Miedos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana como: la separación , las alturas o algunos animales
- ✓ Miedo a las interacciones sociales con desconocidos

Pero a medida que crece y se desarrolla el niño, sus miedos van formulando cada vez más el término de peligro imaginario o remoto o bien de desgracia que no le atañen inmediatamente pero que le pueden afectar en el futuro. El temor a las personas extrañas que aparece entre los 6-8 meses de edad esta modulado por la experiencia , es necesario que se haga un contacto gradualmente con las personas extrañas para que se facilite la adaptación del niño a la nueva situación sin olvidar que depende del tiempo que transcurra .

El siguiente concepto es: la palabra **angustia**, la cual proviene del latín angor que etimológicamente hace referencia a una sensación de angostura, de estrechez, de estenosis. En la raíz griega quiere decir estrangular o una reacción global del organismo ante situaciones que percibe como amenazantes a su existencia. La angustia produce una reacción asténica, de paralización, bloqueo o inhibición y por lo consiguiente bloquea la actividad. (De la Fuente Ramón,1996)

Los síntomas somáticos de la angustia se expresan especialmente en la zona precordial y en los territorios gástricos: taquicardia, opresión en el pecho, pellizco gástrico, ardor etc. Cabe señalar que en la angustia el estado de tiempo transcurre de una manera lenta y que los acontecimientos circulan interiormente de una forma parsimoniosa y pausada a diferencia de lo que pasa con la ansiedad. (Enrique R. 1996)

Relacionando los tres conceptos podemos decir que en general se refiere a una respuesta de adaptación en el individuo ante alguna situación externa o interna

A fin de aclarar estos conceptos se presentara una tabla donde Rojas. engloba a los rasgos diferenciales que existen entre angustia y ansiedad.

NOTAS	ANGUSTIA	ANSIEDAD
vivencias	Mas carga de sensaciones somáticas	Mas psicológica e intelectual
Síntomas físicos	Zona precordial y gástrica	Zona respiratoria
Síntomas psicológicos	Rotura del yo	Presentimiento de la Nada y apertura de Posibilidades (libertad)
Ritmo del tiempo	Lento	Mas rápido
Tipo de personalidad	Hombre mas superficial y narcisista	Hombre mas profundo y pensador
Vertiente creativa	Paraliza y bloquea la actividad	A niveles moderados es creativa

Después de dar la diferenciación de ambos conceptos hablaremos de las causas que produce la ansiedad:

1.2 CAUSAS DE LA ANSIEDAD

No olvidemos que la ansiedad es un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad, el cual se sitúa en dos planos: el físico y el psíquico . para poder entender mejor este apartado hay que hacer una diferenciación, entre ansiedad exógena, endógena y angustia existencial.

- La ansiedad exógena: es aquel estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados, situaciones encronizadas de tensión emocional, crisis de identidad personal y problemas pendientes del medio ambiente.
- La ansiedad endógena : Proviene de los sentimientos vitales, e influye lo somático y lo psíquico , también tiene un papel muy importante en la genética , la herencia y los cambios internos del organismo.
- La angustia existencial: esta proviene de la inquietud de la vida y nos pone frente a frente con nuestro destino, con la muerte y con el más allá.

Un motivo donde pueden originarse los fenómenos ansiosos son : los aspectos endógenos, biológicos, psicológicos y sociales. Por lo

consiguiente se puede decir que la ansiedad no es solo una manifestación endógena sino también polidimensional..

Rojas (1998) menciona , que lo **endógeno** es el patrimonio físico heredado , siendo la base biofuncional. Es la construcción por dentro, el endón se moviliza, corre se expresa y aflora siempre movido por dos vientos: los acontecimientos externos de una parte y los procesos somáticos de otra. Situado en una zona fronteriza entre lo corporal y lo psíquico. Lo **biológico** alude a las enfermedades físicas que produce la ansiedad, por lo general suelen suceder en donde existe un riesgo vital auténtico. Un ejemplo sería el cáncer, enfermedades tiroideas, procesos infecciosos agudos.

Lo **psíquico** se refiere a lo que desde Freud se conoce con el nombre de psicodinámico: la articulación de los diferentes momentos biográficos, que se conexionan entre sí y pueden hacer emerger la ansiedad cuando se analiza o recorre la propia vida , sin haber digerido muchos de sus aspectos más esenciales. Un ejemplo, padres separados o muy distantes, hecho que el sujeto no ha podido superar, experiencias amargas que han dejado un gran impacto en su personalidad y que, al ser recordadas, dejan paso a estados de inquietud, desasosiego, zozobra interior. Por ultimo lo social , pues el hombre se desenvuelve cada vez más en una sociedad compleja, lo cual hace que su ansiedad aumente conforme a las posiciones de acción y la toma de decisión.

Dichas causas anteriormente mencionadas trae como consecuencia diversos síntomas:

1.3 SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

Rojas (1996) da una clasificación en donde conjunta diversos grupos de síntomas en los que se manifiesta la ansiedad.: Síntomas físicos, Síntomas psicológicos, Síntomas intelectuales y síntomas asertivos , los cuales se exponen a continuación.

✎ **Síntomas físicos:** Palpitaciones, dilatación de pupilas, temblores en manos pies y cuerpo en general, tensión abdominal, polaquiuria (ir muchas veces al baño) náuseas, opresión precordial, hiperactividad global, dificultad respiratoria, hipersudoracion, tics localizados, inquietud psicomotora,


✎ **Síntomas psicológicos:** Por lo que concierne a estos síntomas, varios científicos dicen que las personas ansiosas son aquellos que tienen una capacidad de introspección, de autoanálisis, son inseguros y con una preocupación excesiva por los juicios de los demás.


SINTOMAS


*inquietud (nerviosismo)

*desasosiego

- *vivencias de amenaza
- *experiencia de lucha o huida
- *temores difusos
- *perdida de energía
- *disolución y/o ruptura del yo
- *disminución de la atención
- *sospechas e incertidumbres vagas y negativas
- *temor a perder el control

 **Síntomas cognitivos:** La psicología cognitiva nos dice que el conocimiento del hombre proviene del cerebro, y para dar una explicación mas clara acerca de ello emplean la analogía de comparar a una maquina, en este caso la computadora para entender el procesamiento humano de la información. Los teóricos cognoscitivistas mencionan que la ansiedad se experimenta en el momento que el individuo elabora ideas o recuerda, y se produce tensión como consecuencia de los errores o deficiencias del procesamiento o acumulación de la información.

 Adelantar conclusiones negativas: cuando los individuos ansiosos están invadidos por ideas pesimistas

 Pensamiento radical: está presente la ambivalencia, lo cual lleva a que la persona no tenga una perspectiva más amplia para tener en cuenta nuevas posturas, que le permitan llevar a cabo un análisis de la propia situación

📖 Centrarse en detalles selectivos nocivos: esto sucede cuando una persona solo le esta buscando cosas malas a la situación y vive omitiendo por completo las cosas agradables de la misma.

✍️ **Los síntomas intelectuales:** pensamientos preocupante cargados de temores, falsos esquemas de fabricación de ideas y juicios, patrones estereotipados en la forma de responder, pensamientos absolutistas (siempre, nunca etc.),tendencia a la duda, dificultad para concentrarse, falsas interpretaciones de la realidad personal (mis cosas son mas difíciles)

✍️ **Síntomas asertivos:** Asertividad es un sinónimo de habilidad social, y esta resplandece cuando la persona es capaz de emitir ideas, juicios y sentimientos según sea la circunstancia, sabe pedir favores y da una negativa cuando son propuestas situaciones no razonables, su comportamiento personal y social es adecuado a cada momento.

- 1.-no saber que decir ante determinadas personas
- 2.-dificultad para presentarse uno mismo
- 3.-adoptar en demasiadas ocasiones una conducta pasiva
- 4.-graves dificultades para poder hablar de temas generales e intrascendentes.

Posteriormente de conocer la definición, causas y síntomas, se mencionarán 3 teorías de la ansiedad por diferentes autores:

1.4 TEORÍAS SOBRE LA ANSIEDAD

Torres (2003) habla de tres teorías las cuales desde nuestra perspectiva son muy importantes, empezaremos a analizar lo mas relevante de cada una, pues sus aportaciones nos darán un breve panorama de la ansiedad.

Teoría psicoanalítica

Freud nos dice que en la angustia la señal de peligro, contiene siempre un elemento expectativo que prepara al yo, para que el peligro amenazador no le coja desapercibido, pero al mismo tiempo incumbe a la angustia hacer frente al peligro, por lo menos representa un intento de defensa ante todos esos peligros que amenazan la paz del yo.

En 1926, Freud revisa su teoría donde denomina a la ansiedad en inhibición, síntoma y angustia, postulando que no es la represión del impulso lo que produce ansiedad, esto es, al bloquear la energía libidinal esta se acumula y se transforma en ansiedad pero mas tarde modifica su teoría y postula que es la ansiedad lo que conduce a la represión del instinto , de modo que esta desagradable emoción era un indicador para el individuo lo cual le manifestaba la necesidad de algún tipo de adaptación.

Freud veía a la ansiedad como un estado emocional que incluía componentes fisiológicos (taquicardia, sudor, inquietud, temblores, problemas respiratorios y náuseas) conductuales y lo relacionado con la experiencia. (Spielberger 1980) También, la postura psicoanalítica menciona que los peligros a los que se enfrenta el ser humano varían según la etapa de desarrollo en la que se encuentre:

*en la lactancia, el peligro principal es la pérdida del objeto amado

*en la fase fálica, el niño se siente amenazado por el peligro de la castración.

*mientras que en el periodo de latencia, las que aparecen amenazadoras son las exigencias del súper yo

Siendo la auto-observación aquella que señala al yo las reacciones de placer y de disgusto para que el yo pueda movilizar las fuerzas necesarias para el restablecimiento de su calma.

De modo que el psicoanálisis valora los conflictos infantiles que van surgiendo en curso del desarrollo instintivo quedando cristalizados y agobiando al sujeto desde la intimidad de un yo incapaz de armonizar los patrones internos y externos.

Teoría conductista

La teoría del aprendizaje postula que la ansiedad esta condicionada por el miedo a los estímulos ambientales específicos.

La formulación de Watson y Rayner (1920) respecto al condicionamiento clásico, identifica la ansiedad con respuestas condicionadas provocadas por

estímulos condicionados, que en el pasado estuvieron asociados con hechos traumáticos incondicionados. Para Eysenck (1959), los síntomas neuróticos son patrones aprendidos de conducta, por procesos de condicionamiento clásico pavloviano de la misma naturaleza que los que generan la conducta normal.

De modo que el conductismo acude a las relaciones de mal aprendizaje que el sujeto adquiere mecánicamente en su relación con el mundo, en donde la misma ansiedad refuerza la permanencia de la asociación.

El estudio de la ansiedad pasa del diván al ámbito experimental, enriqueciéndose con las aportaciones de las teorías fisiológicas motivacionales y los nuevos hallazgos en el campo del aprendizaje.

- Hull: considera la ansiedad como un drive motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación.
- Mowrer: la ansiedad es una conducta aprendida por medio del condicionamiento clásico y el condicionamiento instrumental. La presencia de dos componentes es necesaria en la conducta de evitación. Se conoce esta teoría como la bifactorial o de los dos procesos.
- Dollard y Miller: la ansiedad es considerada como un poderoso drive secundario, aprendido y asociado con diversos fenómenos.

- Spence y Spence: una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel de ansiedad alto, mientras que aquellos con un nivel de ansiedad menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea. En tareas de mayor complejidad esta relación se invierte.

Este enfoque ha contribuido a un gran avance en el estudio de la ansiedad al considerarla como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (E) y consecuentes (R), así como de su frecuencia y duración.

Mucho se ha hablado que los teóricos conductistas no pueden dar una respuesta total de la ansiedad, porque no consideran a todos los factores que se encuentran inmersos en la experiencia del hombre como lo son los factores genéticos, sociales y psicosociales.

En la actualidad, esto se puede relacionar con el medio cultural que circunda al ser humano, así por ejemplo a los varones se les condiciona o instruye para no expresar su ansiedad, ya que se considera inadecuado, mientras que las mujeres son mas libres de expresar este sentimiento

Teoría cognitiva

Las personalidades tienen patrones cognitivos peculiares, caracterizados por una visión amenazante de la realidad externa, lo cual se traduce en frecuentes estados de ansiedad transitorios o crónicos. Spilberger (1972) se refiere a la ansiedad o mas específicamente al estado de ansiedad, como una reacción

emocional compleja es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como personalmente amenazantes.

La intensidad y duración de tal estado estarán determinadas por la cantidad de amenaza y persistencia de la interpretación cognitiva de la situación como peligrosa. Hace gran hincapié en la diferencia que existe entre la ansiedad como un estado emocional transitorio, el cual es una reacción emocional que surge cuando el individuo percibe una situación como amenazadora, sin importar si esta presente la amenaza real. Y define como rasgo a la ansiedad que se experimenta de forma estable y definida en términos de diferencias individuales, esto es de acuerdo a la constitución física y psicológica de cada ser humano.

En función de estas dos facetas de ansiedad Spilbeger (1966) elaboró la teoría de la ansiedad rasgo-estado que, resumida es la siguiente y que será retomada por el presente estudio.

En situaciones en que el sujeto interpreta como amenazantes se produce un estado de angustia.

⇒ La intensidad de la reacción será proporcional a la cantidad de temor que la situación crea en el sujeto.

La duración de tal reacción de ansiedad dependerá de la persistencia del sujeto en interpretar tal situación como amenazante.

⇒ Los sujetos con alta tendencia a la ansiedad como rasgo percibirán las mismas situaciones como amenazantes que los que tienen bajo nivel de ansiedad

Incrementos en el estado ansioso tienen propiedades de estímulos e impulsos que pueden ser expresados directamente en conductas o servir para iniciar defensas psicológicas que reduzcan el gradiente de angustia. Situaciones estresantes pueden desarrollar respuestas específicas o mecanismos de defensa cuya misión es reducir la ansiedad.

La ciencia cognitiva considera a la ansiedad como una consecuencia de la imposibilidad del sujeto para poner en marcha un plan de acción apropiado, debido a un error de procesamiento de la información que se percibe.

Para concluir este apartado mencionaremos, que nuestra temática a investigar (la ansiedad) se define como: “Una reacción emocional desagradable frente a una tensión específica, en la que predominan síntomas psíquicos y reacción de sobresalto”.

La ansiedad se diferencia de dos conceptos: miedo y angustia. El primero es una respuesta instintiva que no necesita un aprendizaje previo y que se caracteriza por ser un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro. El segundo, es una reacción ante un peligro desconocido o impreciso, en el que predominan síntomas físicos y la reacción del organismo tiene una paralización motora y sobrecogimiento. Por tanto el miedo y la ansiedad a diferencia de la angustia se refieren claramente a un objeto.

De acuerdo a nuestra definición de ansiedad, este estudio se basa en la teoría cognitiva desarrollada por Charles Spielberger (1979), quien

menciona que la ansiedad se da en función de dos facetas: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. La ansiedad como estado se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica y la ansiedad como rasgo es la tendencia a ver el mundo como algo peligroso que se define en términos de diferencias individuales tanto físicas como psicológicas de cada ser humano.

1.5 CUADROS CLINICOS DE ANSIEDAD EN EL NIÑO

Después de conocer las causas las teorías de la ansiedad , expondremos la clasificación que nos da Odriozola (1997), sobre los tres trastornos de ansiedad característicos en la infancia, los cuales se describen a continuación:

TRASTORNOS FOBICO

Dentro de este trastorno hay tres tipos los cuales son : fobias específicas, fobia escolar y Trastorno de evitación. Que se mencionan en seguida.

⇒ **Fobia específica** : Se refiere a una forma considerable en la vida del niño como algo amenazador el cual provoca una ansiedad intensa, puesto que es común que según la etapa del niño manifieste algunos temores, este tipo de fobia tiende a

desaparecer con el paso del tiempo. Un ejemplo. Miedo a la oscuridad la cual le produce cierta ansiedad al momento de ir a la cama.

⇒ **Fobia escolar:** Se refiere al rechazo prolongado que un niño experimenta al acudir a la escuela por algún tipo de miedo relacionado con la situación escolar. Comienza a manifestarse en forma de quejas más o menos vagas un ejemplo sería que el profesor es regañón y los niños son unos antipáticos etc. y trae como consecuencia una actitud de desgana a la hora de ir al colegio.

Desde una perspectiva clínica, esta fobia viene acompañada de síntomas físicos de ansiedad (taquicardia, trastornos de sueño, pérdida de apetito, palidez, náuseas y vómitos, dolor abdominal, diarrea, dolor de cabeza etc. y de una anticipación cognitiva de consecuencias negativas asociadas a la escuela (temor al castigo de los profesores).

En esta fobia se encuentran dos tipos de variables (Ollendick y Mayer, 1984).

A) Factores relacionados con la escolaridad, en donde hay un temor a un profesor, un mal rendimiento escolar, dificultades en las relaciones con los demás compañeros el acomplexamiento por algún

aspecto de la apariencia física o conflictos entre los padres y la administración de la escuela.

B) Sucesos vitales negativos, como una enfermedad prolongada, la separación de los padres, el fallecimiento de uno de ellos etc.

⇒ **Trastorno de evitación** : Se caracteriza por la excesiva evitación del contacto con personas desconocidas durante un periodo mínimo de 6 meses e interfiere en las relaciones sociales con los compañeros de juego o de colegio. Estos niños suelen ser inseguros, tímidos, con poca confianza en sí mismos y poca capacidad para decir lo que realmente quieren hacer.

Este trastorno se diagnostica sólo a partir de los 2,5 años.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD SIN EVITACION ESPECIFICA

⇒ **Ansiedad de separación** : Se manifiesta una ansiedad excesiva cuando menos 2 semanas, debido a una separación de las personas con que el niño ha establecido vínculos muy fuertes. Incluye la presencia de miedos irracionales, trastornos de sueño y de ansiedad global, así como la anticipación de

consecuencias negativas, como la sensación de que algo malo va a ocurrir o la certeza de que ya no va a volver a ver a los seres queridos.

Esta ansiedad puede traer rechazo a la escuela y una consecuencia puede ser retraso escolar e incluso dificultades en las relaciones interpersonales con los compañeros.

Hay una diferencia entre **ansiedad de separación** y **fobia escolar**, la primera se da ante cualquier tipo de separación ya sea acudir a la escuela o ir de excursión, y la segunda nos dice que el niño solo manifiesta conductas de ansiedad al separarse de la madre para ir al colegio

⇒ **Ansiedad Excesiva** : Esta se caracteriza por la presencia de ansiedad persistente y generalizada en situaciones muy diversas, no limitadas a la separación de los seres queridos y la aparición de temores anticipatorios ante dicha situación.

Los estímulos suscitadores pueden ser:

- 1.-Rendimiento escolar
- 2.-La opinión de los demás
- 3.-Las relaciones sociales

Dentro del cuadro clínico se manifiestan los componentes somáticos de la ansiedad, como

conductas de inquietud psicomotriz, disfunciones gastrointestinales o trastornos de sueño. En la relación social son niños inseguros e inhibidos y con una preocupación excesiva por los juicios de los demás.

OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

⇒ **Trastorno obsesivo – compulsivo** : Este se compone de obsesiones (pensamientos ilógicos, desagradables que surgen reiteradamente y que sobrevienen contra la voluntad del sujeto) y de compulsiones (conductas repetitivas sin sentido en sí mismas, pero que consiguen suprimir o reducir la ansiedad inducida por las obsesiones.

Es importante mencionar el ritual mas frecuente en niños de 3-6 años que esta relacionado con las comidas, el baño y la conducta de acostarse. Los rituales en el momento de ir a la cama, como escuchar reiteradamente un cuento por parte de la madre, tomar un vaso de agua antes de dormir o recibir besos etc. suponen ser un intento de control de los miedos evolutivos de esta edad.(oscuridad, brujas, fantasmas, etc.) En cuanto a los niños de 7 a 11 años puede surgir un ritual relacionado con el

coleccionismo, también se mantienen las conductas supersticiosas, pero este comportamiento ritualista va decreciendo a medida que el niño se acerca a la adolescencia y comienza a disponer de recursos de afrontamiento más realistas para controlar las situaciones habituales de la vida cotidiana.

El trastorno compulsivo, puede estar asociado con diversos tics y fobias.

⇒ **Trastorno mixto de ansiedad y depresión :** En este se da una gran soledad, incapacidad de diversión, concentrarse y expresar reacciones emocionales reales. Sufre de una ansiedad severa ante la separación y piensa en la muerte.

Bobes (2002), nos propone una clasificación más en ansiedad la cual fue propuesta por Sigmund Freud con el nombre de neurosis de ansiedad, que en la actualidad se le conoce como trastorno de ansiedad generalizada. Se mencionaran las 10 características, de las cuales nueve eran signos y síntomas y la décima se refería al curso evolutivo del cuadro:

Signos y síntomas.

1.-Irritabilidad general

2.-Expectación aprensiva

- 3.-Angustia flotante
- 4.-Ataques de ansiedad
- 5.-Terror nocturno
- 6.-Vértigo
- 7.-Desarrollo de fobias
- 8.-Trastornos gastrointestinales
- 9.-Parestesias

Curso Clínico

- 10.- Tendencia a la cronicidad

Dentro de esta descripción de la neurosis de la ansiedad, Freud introducía los elementos que sientan las bases del denominado actualmente trastorno de pánico, aunque a él no le confiere el carácter de una categoría diagnóstica específica.

Para Palenques (1994), la ansiedad se traduce como un “malestar” que afecta al cuerpo y al espíritu del niño, este malestar es a menudo percibido por el entorno de manera clara y describe al niño disgustado en su propia piel. Es importante distinguir, la manifestación de lo que el individuo percibe de sus emociones y por el otro lado, el flujo de ideas que precede, acompaña o da la sacudida de estas emociones.

Menciona dos modalidades de expresión, las cuales son : “mi corazón late” ó tengo miedo de que mi papá sufra un accidente.

La etimología de los términos angustia y ansiedad vienen del latín anger, que significa constreñir, un ejemplo de como se da la manifestación de la angustia es “hace calor aquí”. Las formas de expresión del flujo de ideas correlativas con la angustia se elaboran en función de las capacidades cognitivas del niño, de su vivencia familiar, relacional, de su lenguaje y de su imaginación., sin olvidar que existe una repercusión de la ansiedad sobre la esfera cognitiva, la aceleración del pensamiento que ella puede inducir, algunos niños manifiestan una ausencia total de temor , de aprensión y de anticipación ansiosa, en contraste con un comportamiento que refleja unos mecanismos incesantes de evitación y de huida.

Es preciso prestar siempre la mayor atención a la manera de como el entorno recibe la manifestación de la ansiedad del niño, ya que en ciertos casos se produce una dramatización de lo que el niño dice.

Este autor maneja dos tipos de ansiedades las cuales se expondrán a continuación:

⇒ **La ansiedad crónica:** Se trata de un malestar más o menos permanente, con un manifestación psíquica, física y relacional. Se acentúa durante ciertos momentos de la jornada y puede producirse una recrudescencia vespertina de la ansiedad, poniéndose el niño cada vez más agitado o contrariamente cada

vez más retraído. Otra manifestación es cuando el niño está desocupado, se produce entonces una inhibición del juego, que se diferencia claramente del niño deprimido, ya que el pequeño ansioso conserva las ganas de jugar pero tiene dificultades para organizar el juego, se siente confundido pasando de una actividad a otra sin conseguir concentrarse y rápidamente experimenta un sentimiento de aburrimiento. Esta forma habitual de manifestación de la ansiedad que es el aburrimiento pasa por una expresión verbal, una demanda dirigida al adulto cuya presencia y ayuda busca el niño ansioso, mientras que el niño deprimido es más bien solitario.

Asimismo esta ansiedad puede adoptar el disfraz de un estado de retraimiento y de distracción que con frecuencia representa, un estado de alerta.

Es muy frecuente que el niño ansioso busque al adulto u otra compañía para poder realizar o hacer algo que él no puede realizar por si solo.

⇒ **Ansiedad aguda paroxística:** Es un episodio corto de el tiempo de inicio y final , bastante brusco que se presenta a menudo sobre un fondo de ansiedad crónica, cuyo desencadenante resulta un

acontecimiento o una circunstancia específica y cuya resolución será la actitud del entorno.

El niño vive este episodio como una pérdida de control y de dominio, que se refleja más sobre lo exterior que sobre sí mismo. El niño tiene la impresión de perder el control de su entorno y experimenta un sentimiento de total inseguridad que puede llegar hasta una vivencia persecutoria, una impresión de peligro que proviene del exterior.

⇒ **Ansiedad y cólera:** Esta es una expresión comportamental de la angustia que al niño le produce una labilidad emocional externa. Bowlby dice que esta cólera provoca con mayor frecuencia reacciones negativas del entorno.

Todas estas clasificaciones de ansiedad en el niño nos dan un panorama de que es lo que le produce, pero para indagar un poco más conoceremos el desarrollo físico, psicológico, cognitivo, lenguaje entre otros. Sin olvidar el núcleo familiar en el que se desenvuelve.

CAPITULO II
EL NIÑO ESCOLAR

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO ESCOLAR

En este capítulo se dará un panorama de las características del niño escolar tanto físicas, cognitivas, psicológicas, entre otras, puesto que es una parte importante para el desarrollo de nuestra investigación.

Comenzaremos por preguntarnos ¿Qué es el niño ?. Según Bustamante (1999), el niño no es un adulto en pequeño, más bien es un ser vivo humano con características propias y un desarrollo progresivo de su individualidad.

Es necesario conocer todos los aspectos morfológicos, psíquicos, características propias de acuerdo a su etapa infantil y rasgos de su propia individualidad, puesto que el niño se diferencia del adulto en rasgos anatómicos, fisiológicos y psíquicos, es decir es menor en peso, en talla, fuerza muscular y capacidades para el trabajo. Por lo tanto es importante proporcionarle cariño, protección, límites o reglas, confianza, respeto, armonía y alegría en casa, ya que el niño asimila todo lo que el medio ambiente le ofrece.

Para una mayor comprensión, a continuación se describirán los aspectos que conforman el niño de 9 a 11 años ya que es la edad de los sujetos de nuestra muestra.

2.2 DESARROLLO FISICO

Papalia ,(2002) nos describe el desarrollo físico en la niñez intermedia la cual abarca de los 6 a los 11 años, y que en los niños y las niñas es totalmente diferente ya que los niños son ligeramente más grandes que las niñas al comenzar esta etapa , pero posteriormente ellas experimentan primero el crecimiento repentino de la adolescencia . Los niños son cada vez mas fuertes, rápidos y más coordinados, les complace poner a prueba sus cuerpos y aprender nuevas habilidades, las niñas son superiores en cuanto a la precisión de movimientos.

Gozan de buen apetito adquiriendo en promedio 2,400 calorías diarias, en donde el desayuno les proporcionan la cuarta parte de las calorías totales. Los alimentos consumidos a diario deben incluir niveles elevados de carbohidratos complejos y simples, es importante que tengan una buena alimentación ya que esto les ayuda a tener un buen rendimiento escolar y social.

Durante la niñez intermedia, las capacidades motrices de los niños continúan progresando veamos en la siguiente tabla algunos comportamientos de un niño de 9 a 11 años. (Cratty,1986).

Desarrollo Motor en la Niñez Intermedia

EDAD	COMPORTAMIENTOS SELECCIONADOS
9 años	Los niños pueden correr 5 metros por segundo y pueden arrojar una pelota pequeña a 21 metros de distancia.
10 años	Pueden calcular e interceptar las pelotas pequeñas arrojadas en la distancia Las niñas pueden correr 5 metros por segundo
11 años	Sin correr, los niños pueden saltar 1.5 metros y las niñas 1.35 metros.

Los niños de la actualidad tiene más actividades que los de antes, pasan mas tiempo en la realización de algún deporte lo cual les permite perfeccionar sus habilidades motoras y se vuelven más independiente, si recibe oportunidades o entrenamiento aprenden a andar en bicicleta, saltar la cuerda, nadar, bailar , escribir o tocar un instrumento musical. (Grace, 1999).

El crecimiento gradual y regular prosigue hasta los nueve años en las niñas y hasta los 11 años en los varones. A partir de ese momento comienza el “estirón del adolescente” . Sin embargo es importante mencionar que existe una gran variabilidad en el tiempo de crecimiento, no todos los niños maduran con gran rapidez, ya que intervienen de manera conjunta el nivel de actividad, el ejercicio, la alimentación, los factores genéticos y el sexo. La longitud de los huesos aumenta a medida que el cuerpo se alarga y se ensancha.

Hay un incremento en la fuerza de las niñas acompañado de flexibilidad, capacidad de combinar las habilidades motoras con mayor fluidez, mejoran su equilibrio. Las niñas aumentan su estatura y su peso, los niños apenas comienzan a estirarse Hay un juicio exacto al interceptar los objetos en movimiento, combinación continua de las habilidades motoras más fluidas y mejoramiento de las habilidades motoras finas.

Las habilidades físicas aprendidas ya las ejecutan sin complicaciones, como lanzar un balón a 20 metros que anteriormente solo lo lanzaban a la mitad de distancia , las niñas también lanzan y atrapan, aunque en promedio la distancia de su lanzamiento es más corta que la de los niños. (William 1983).

A esta edad en general pasean en bicicleta, tienen su grupo de amigos, ven televisión, juegan al fútbol, o realizan alguna otra actividad.

Físicamente el escolar ha cambiado mucho ya no queda nada del rostro redondo del preescolar. Se han afinado notablemente al alargarse brazos y pierna, ha adelgazado su vientre, antes prominente se aplana, también ha aumentado la amplitud de sus hombros y en su cuerpo se destacan sus músculos. Se pierden los dientes de leche, que darán paso a las muelas y dientes permanentes, su ritmo de crecimiento es más lento y se incrementara nuevamente alrededor de los doce años. (Nelly ,1972).

Grace, (1999) concluye que los niños dominan su cuerpo y empiezan a tener sentimientos de competencia y autoestima esenciales para su salud mental. El control del cuerpo les ayuda, además a conseguir la aceptación de los compañeros ya que es difícil tener algún tipo de rechazo o ser excluidos en las actividades de grupo.

2.3 DESARROLLO PSICOLOGICO

Según Nelly (1972). El niño alrededor de ocho o nueve años se muestra menos afectuoso , especialmente si es varón . Ya es un integrante activo de grupo, soporta golpes sin llorar, sobre todo frente a sus amigos. Protesta si debe bañarse o lavarse las manos y se comporta peor en la mesa. Es más notable la separación entre varones y niñas, no comparten juegos y se juntan en grupos divididos de acuerdo con el sexo.

No hay que olvidar que los niños actuales son más vivaces y despiertos que los de antes , ya que la modificación de costumbres, la difusión de acontecimientos a través de la televisión, Internet u otro tipo de medio de comunicación les permite conocer el mundo de una forma más real, la cual les da más oportunidades para plantear preguntas y ser más sensibles a lo que les rodea.

Otra característica de esta edad es que ya no es tan comunicativo como antes, no cuenta sus andanzas y secretos a sus padres pues esta

buscando una identidad en su grupo de amigos. Hay ciertos problemas en cuanto al acatamiento de las reglas pues razona más sobre lo que se falso o verdadero y esto le trae varias consecuencias con sus padres.

Aprende a ser independiente, ya que comienza a realizar trabajos tanto en casa como fuera de ella de manera autónoma, es capaz de tomar decisiones, la mayoría de ocasiones sin juzgar a profundidad las ventajas y desventajas, sino dejándose llevar por las apariencias.

Realiza trabajos sencillos y forma un criterio personal para ellos, las nociones morales han sentado sus bases y darán pie para la siguiente etapa del desarrollo del ser humano, la adolescencia.

Por otro lado, la relación con los padres cambia, iniciándose un proceso gradual de independencia y autonomía, y aparece el grupo de pares como un referente importante y que se va a constituir en uno de los ejes centrales del desarrollo del niño en esta etapa.

2.4 DESARROLLO COGNITIVO

Para Piaget la construcción del mundo objetivo y la elaboración de un razonamiento estricto, depende de la desaparición gradual del egocentrismo y del sufrimiento de una socialización progresiva del pensamiento. Se encuentra en la etapa de operaciones concretas, de 5 -7 a 12 años de edad, en el cual el pensamiento empieza a ser

reversible, flexible y mucho más complejo, ahora el niño percibe más de un aspecto de un objeto y puede servirse de la lógica para conciliar las diferencias. Puede evaluar relaciones casuales, si tiene frente a sí el objeto o situación concreta y si puede ver los cambios a medida que ocurren. No se limita al aquí y ahora, es multidimensional y menos egocéntrico. Además en la etapa de las operaciones concretas, los niños saben que es posible medir las diferencias de objetos similares, también formulan hipótesis sobre el mundo que los rodea, reflexionan y prevén lo que sucederá, hacen conjeturas acerca de las cosas y luego ponen a prueba sus conjeturas. Por ejemplo pueden estimar cuantos soplos dar a un globo para que revienta y seguirán haciéndolo hasta alcanzar la marca, sin embargo esta capacidad se limita a objetos y relaciones sociales que ven o que imaginan de un modo concreto, por lo consiguiente no formulan teorías respecto a conceptos, relaciones y pensamientos abstractos.

Su éxito o fracaso es un período que va a depender en parte de las habilidades que haya desarrollado en sus seis años de vida anteriores. Este hecho marca el inicio del contacto del niño con la sociedad a la que pertenece, la cual hace exigencias que requieren de nuevas habilidades y destrezas para su superación exitosa, y es, a través de la escuela, que se le van a entregar las herramientas necesarias para desenvolverse en el mundo adulto. El entrar a la escuela puede ser una prueba severa de si se han logrado o no las tareas del desarrollo de las etapas anteriores, ya que el período escolar trae a la superficie problemas que son el resultado de dificultades previas no resueltas.

Poco a poco, el niño adquiere la noción del espacio y tiempo como algo objetivo y distinto de sí mismo. Pronto sabe distinguir el día en que vive, el tiempo que falta para su cumpleaños, las estaciones del año. El calendario y el reloj son vistos como objetivos de medida, puede imaginarse un objeto desde muchas perspectivas y puede organizar el espacio que utiliza al dibujar o escribir, toma conciencia de las medidas, de las distancias y de los medios para recorrerlas.

A continuación se mencionaran algunas tareas que debe lograr el niño.

Psicológicas

- Adaptarse a normas sociales.
- Desarrollo de sentimientos de competencia y capacidad, realistas, es decir que incluyan información tanto acerca de sus habilidades como de sus dificultades, enfatizando en éstas las estrategias de enfrentamiento. El niño debe ser persistente, emprendedor.
- Iniciar un proceso gradual de autonomía e independencia de los padres, que le permita integrarse a nuevos ambientes.
- Integrarse a su grupo de pares, lo cual se ve reflejado en su participación en juegos colectivos, su capacidad de establecer vínculos con otros niños y su percepción de ser aceptado por ellos.

Cognitivas

- Aprender los conocimientos que se requieren para su desenvolvimiento en el mundo adulto.

- Aprender a regular su conducta de acuerdo a la situación en la que se encuentra.
- Ir, progresivamente, siendo capaz de integrar los diversos puntos de vista en sus reflexiones.
- Motivación por aprender.

2.5 PROCESO DE LENGUAJE

La memoria es un punto importante pues se va dando un progreso en su capacidad de retención, el niño en edad escolar aprende procesos de control como son : estrategias y métodos que mejoran su memoria. Se mencionaran algunos de estos.

- ✓ Repaso
- ✓ Organización
- ✓ Elaboración Semántica
- ✓ Imaginería mental
- ✓ Recuperación
- ✓ Guiones

Su vocabulario es más amplio, utilizan más verbos y son más precisos para describir una acción, descubren que una palabra tiene más de un significado, la estructura de la oración es cada vez más elaborada siendo mas autónomos. Piaget clasifica el lenguaje espontáneo infantil en lenguaje egocéntrico y lenguaje socializado. Aumenta la complejidad del

lenguaje, la lectura, la escritura y los medios de comunicación influyen en esta área. Aprende la estructura gramatical de la frase, posteriormente logra una mayor precisión, combinando el orden de los elementos de la frase. Usa adecuadamente los verbos, conjunciones y pronombres. Por fin sabe distinguir los diferentes niveles del lenguaje (cultural, familiar y vulgar). A los 10 años puede contar un relato coherente y estructurado, pero muestra cierto distanciamiento de la vivencia relatada.

El lenguaje socializado abarca la información adaptada en la que se intercambia expresiones tendientes a una finalidad común, la crítica, las ordenes, ruegos y amenazas, las preguntas, las respuestas. A los niños de esta edad les encantan los juegos de palabras fáciles, el lenguaje cifrado, las palabras extranjeras.

Las expresiones del niño de nueve a once años son regulares y narra con sobriedad y concisión.

2.6 APRENDIZAJE Y PENSAMIENTO EN LA ESCUELA

El niño al ingresar a la escuela se va distanciando de los padres, volviéndose cada vez más independiente, se resiste a aceptar los horarios para acostarse o levantarse, si va a jugar con sus compañeros regresa más tarde de lo indicado, olvidando decir con quien va a jugar y adonde.

Nelly (1972) nos expone que al estar en la escuela, el infante va a adquirir un conocimiento e independencia de la madre ya que ha roto ese lazo y es capaz de hacer cosas por sí mismo. A partir de los nueve años es más responsable, se encuentra muy atareado con sus ocupaciones, es activo tiene muchos intereses, le gusta la historia, la mecánica, hacer varias cosas, quiere tener éxito en todo lo que realice. Espera obtener recompensas por su trabajo, exigiéndose mucho a sí mismo, si lo alaban, le agrada enormemente, es sensible a las correcciones y reprimendas. Capaz de autocrítica.

A los diez años refiere sus virtudes en función del rendimiento escolar o de la aptitud deportiva. Sus defectos los relaciona especialmente con situaciones escolares, por ejemplo no hace los deberes, sus problemas se plantean con respecto al poco tiempo libre, debido a exigencias escolares (deberes, lecciones).

A los once años piensa que todo lo hace mal. La crítica y autocrítica están muy unida en él pero no acepta ser criticado. Se queja del trabajo escolar

2.7 EL AUTOCONCEPTO

Otro punto según **Grace (1999)** es el autoconcepto que resulta de gran utilidad para entender el desarrollo de niño durante esta etapa, pues interactúa con la personalidad y la conducta social, de manera que el

niño se forma una imagen cada vez más estable de sí mismo y su autoconcepto se vuelve más realista. Conoce mejor sus habilidades y limitaciones y esto le ayuda para organizar mejor su comportamiento. También se forma imágenes complejas de sus características físicas, intelectuales y de personalidad al igual que las características de los otros. Esto le permite entrar en la cognición social que es un elemento indispensable, ya que el pensamiento, el conocimiento y la comprensión hacen que logre interactuar en el medio. **Freud** describe a la niñez media como un periodo de latencia en que los niño pueden canalizar su energía emocional hacia las relaciones con los compañeros, a actividades creativas y al aprendizaje de las funciones que prescribe la cultura en la escuela y en la comunidad .

En cambio **Erikson** propuso que lo esencial en esta etapa es el conflicto de laboriosidad frente a la inferioridad, en el cual gran parte de la energía y el tiempo del niño se concentran en adquirir nuevos conocimientos y habilidades. El niño puede ahora canalizar mejor su energía al aprendizaje, a la solución de problemas, al logro. Cuando tiene éxito en la escuela , incorpora su autoimagen al sentido de laboriosidad: se da cuenta que el esfuerzo produce resultados y sigue avanzando en el dominio del medio ambiente, por el contrario el niño que no consigue el dominio académico empieza a sentirse inferior frente a sus compañeros.

Este sentimiento de inferioridad puede formar parte de su personalidad durante toda la vida. Sin embargo no tener éxito en el trabajo escolar

puede compensarlo en el alcance de otras actividades como pueden ser los deportes, la música o el arte.

Todo lo anteriormente mencionado es un conjunto de las características que conforman al niño escolar. Ahora se describirán los estilos de crianza para identificar de que forma los progenitores educan a sus hijos y que conducta pueden presentar estos.

2.8 ESTILOS DE CRIANZA

Es importante hacer referencia acerca de los estilos de crianza ya que puede ir relacionados con la generación de la ansiedad, un ejemplo de ello es el castigo, el perfeccionismo, la falta de límites, etc, por lo cual es necesario mencionar que Diana Braumirind (1971), identifica tres tipos de progenitores y los patrones característicos del comportamiento de los niños criados.

1.- **Progenitores Autoritarios:** Valoran el control y la obediencia incuestionable. Intentan hacer que sus hijos se ajusten a una conducta estándar y los castigan arbitrariamente y enérgicamente cuando no la respeta. Son más desprendidos y menos cálidos que los demás padres. Sus hijos suelen ser apesadumbrados, aislados y desconfiados.

Grace (1999) nos habla de que cuando los padres se limitan a poner su poder, sus hijos tienden a no interiorizar ni las normas ni los controles, no habiendo un razonamiento prosocial.

2.- **Progenitores Permisivos** : Valoran la propia expresión y control. Ellos se consideran a sí mismos como recursos, no como modelos. Emiten pocas órdenes y permiten que sus hijos regulen sus propias actividades hasta donde sea posible. Cuando deben establecer reglas, explican las razones para ello. Consultan con sus hijos las decisiones y rara vez los castigan. Son cálidos, no controladores ni exigentes. Sus hijos preescolares suelen ser inmaduros , menos controlados y perseverantes.

3.- **Progenitores Democráticos** : Valoran la individualidad del niño, pero también destacan las limitaciones sociales. Confían en su capacidad para orientar a sus hijos al tiempo que respetan sus decisiones, intereses, opiniones y personalidad. Son amorosos y receptivos pero igualmente exigen buen comportamiento, son firmes en la conservación de los estándares y están dispuestos a imponer un castigo limitado y prudente. Sus hijos aparentemente se sienten seguros porque se saben amados y conocen lo que se espera de ellos, suelen ser más seguros, autocontrolados, asertivos , exploradores y alegres.

Eleanor Maccoby y John Martin (1983) agregaron un cuarto estilo de progenitores negligentes o no involucrados , para describir a quienes en ocasiones, debido al estrés o a la depresión, se enfocan en sus propias necesidades más que en las del niño.

(Lamb y otros 1992) Da el concepto de la crianza optima la cual su principal meta es el aumento de la conducta autorregulada, en esencia la capacidad del niño, para controlar y dirigir su comportamiento y cumplir sus exigencias que le imponen los padres y otras personas. Los

métodos autoritativos de disciplina son más eficaces que otros para conseguir la autorregulación. Pues cuando un progenitor recurre al razonamiento y a sugerencias verbales, el niño suele negociar más que reaccionar con rebeldía

Lo mencionado anteriormente nos da una referencia de cómo es el infante en edad escolar y de los estilos de crianza que sus padres pueden asumir. Ahora en el siguiente apartado nos referiremos al niño maltratado, desde sus orígenes hasta los tipos de maltrato que existen, pero analizaremos un poco más sobre el maltrato físico, puesto que es un de los puntos de investigación.

CAPITULO III
EL NIÑO MALTRATADO

El maltrato es nuestro siguiente tema de interés a indagar, por lo cual comenzaremos con los antecedentes siendo éstos el pilar para la comprensión y estudio del concepto del maltrato infantil, sus tipos, causas y consecuencias.

3.1 ANTECEDENTES DEL MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma y no una característica peculiar de la sociedad moderna. El trato que los niños han recibido y el modo en que se dispone de sus vidas y de sus cuerpos ha variado en el curso de la historia manifestándose prácticas inadmisibles en un país y aceptadas en otros.

Para comprender que las formas del mismo han sucedido de diversas maneras -desde castigos corporales hasta causar la muerte- y que el problema es añejo, se presenta enseguida un estudio histórico de los hechos que fundamentan estas afirmaciones.

En numerosas culturas se legitimaban acciones que afectan la integridad física del niño, ya sea por motivos religiosos o educativos. Se sacrificaban criaturas en ritos o inmolaciones simbólicas. En las tribus de Tamala de Madagascar, la práctica del infanticidio surge del deseo de mantener el honor de la familia. Si el niño nace, de acuerdo al calendario, en un día nefasto, se le elimina, porque está predestinado a convertirse en un ladrón o traer desgracias al grupo familiar 1. En Tiro y en Sidón se sacrificaban a los niños con el objeto de clamar la ira de los dioses 2. En Egipto, cada año se ahogaba en el Nilo a una

jovencita para que el río desbordara y fertilizara las tierras. Lo habitual en Grecia y Roma de aquel tiempo, era que el padre tenía poder sobre la vida o la muerte de los hijos sin que por ello sufriera castigo alguno. Esto es confirmado con lo que señalaba Aristóteles: “un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. (Loredo1994)

El infanticidio en algunas civilizaciones era un medio para deshacerse de los niños con defectos físicos. En Esparta, cada recién nacido era sometido al juicio de la Asamblea de Ancianos; si se le juzgaba útil respetaban su vida y en caso de lo contrario, era enviado al monte Taigeto y lanzado desde la cima (Grosman 1992), Al igual, China, para efectuar una especie de control de natalidad, si se tenía más de tres hijos, el cuarto era arrojado a los animales salvajes. Martín Lutero ordenó que los niños con retardo mental fuesen ahogados, esto por creer que eran instrumentos del diablo. Más recientemente, Hitler, en su afán belicista y de obtener una raza pura, realizó atrocidades como asesinar a millares de niños.

En los métodos educativos, se observan costumbres muy curiosas y crueles en ciertos pueblos llamados primitivos. Los Enga de la Nueva Guinea sometían a los niños a las más severas puniciones; corrían el riesgo de perder un dedo o una oreja si entraban en el jardín de su madre, obligándoseles incluso, a comer su dedo o el lóbulo de la oreja. Nuestro país no queda exento, ya que en sociedades guerreras como la mexicana existían castigos tales como la colocación de púas de maguey por desobediencia, quemaduras del pelo cuando el niño mentía y limitación de alimentos al que robaba (Loredo op.cit.).

Por el contrario, en la Polinesia, Tikopia, el solo hecho de golpear a un niño o amenazarlo se consideraba un atentado a sus derechos como ser humano.

En el derecho romano, el paterfamilias tenía derecho de vida y muerte sobre las personas sometidas a su potestad y, por ende, sobre sus hijos, pudiendo venderlos o abandonarlos. Poseía además la facultad de castigar corporalmente a sus hijos, argumentándose que el sufrimiento físico y moral corrige los caracteres depravados, este derecho de poder más tarde se fue atenuando.

La primera transformación en el trato hacia los niños se inicia en el cristianismo. San Bernabé condenó el infanticidio y el aborto. En la doctrina cristiana, la familia tenía como función esencial la reproducción. San Agustín distinguía en el matrimonio tres bienes. Generación, fidelidad e indisolubilidad. La generación no sólo significaba procreación, sino el mantenimiento material y la educación de los hijos.

El cristianismo refuerza la responsabilidad de los padres. Tienen la carga de la alimentación y educación de los hijos, no por ser propietarios de éstos sino porque los han recibido de Dios. Si Dios es el primer padre de los niños-se les dice a los progenitores-, ustedes no son más que los encargados de alimentarlos y gobernarlos. Nace así el principio por el cual la paternidad da más deberes que derechos. A partir de los siglos XII y XIII la iglesia condena enérgicamente el abandono de los niños, el aborto y el infanticidio.

Esta lógica se impuso lentamente en la mentalidad de los fieles, ya que durante la Edad Media fueron frecuentes los infanticidios, y los propios teólogos admitían con naturalidad que los hijos eran “cosa” de sus padres, a tal punto que Dios podía castigar a los padres en la carne de los hijos. En el siglo XVII, el infanticidio aparecía como una práctica tolerada socialmente. Se trataba de “esas cosas moralmente neutras, condenadas por la Iglesia y por el Estado pero practicadas secretamente”.

La teología cristiana, a través de San Agustín, elaboró una imagen dramática de la infancia. El pensamiento de éste reinó mucho tiempo en la historia de la pedagogía, el niño debía ser tratado duramente, pues era un ser imperfecto y maligno, al cual era necesario salvar del pecado. La pedagogía del siglo XVII otorga una función importante al castigo redentor: para salvar al alma era indispensable castigar al cuerpo. Descartes rechaza esta idea de la infancia como sede del pecado, pero señala que la niñez significa debilidad del espíritu pues es un período en el cual la facultad de conocer el entendimiento, se encuentra bajo la dependencia del cuerpo: “desprovista de juicio y crítica, el alma infantil se deja guiar por las sensaciones de placer y dolor, y por ello está condenada a un error perpetuo”. (Grosman op.cit.)

A mediados del siglo XVII nace una nueva concepción de la infancia. Aparecen abundantes obras que llaman a los padres a nuevos sentimientos, especialmente a la madre, hacia el amor maternal. Estas ideas se intensifican en el siglo XVIII, ya que Rousseau al publicar “Emilio” en 1762 cristaliza tales pensamientos e imprime la ideología de la familia moderna y así se convierte el

niño en el centro de preocupación. Igualmente sostiene que los hijos están ligados a los padres durante el tiempo que los necesitan para su conservación y concebía al niño como una criatura potencialmente libre; la función del padre era educar a su hijo, haciendo de este ser momentáneamente frágil una persona autónoma.

A fines del siglo XVIII, en que aparece un interés económico por la producción en general, al niño se le piensa en términos de mercancía, es decir, en términos de mano de obra, beneficio y riqueza como expresión del capitalismo naciente. Más tarde en este siglo, aparece el amor como un elemento importante en las relaciones entre esposos, padres e hijos. Cada vez los padres consideran la responsabilidad de la felicidad o desdicha de sus hijos. Las caricias de la madre, la libertad física del niño y los lienzos limpios constituyen el testimonio de un nuevo amor hacia los hijos por lo cual la higiene y la salud del niño concentran la atención de la madre.

El castigo corporal comienza a atenuarse en el curso de este mismo siglo (XVIII), deja de ser considerado como recurso educativo y se emplea la ternura en los niños, como instrumento formativo. Aparece un nuevo sentimiento hacia la infancia, es decir, se trata de despertar en el niño la responsabilidad y el sentido de la dignidad, prepararlo para la vida adulta. Esta es la nueva modalidad de educación que triunfa en el siglo XIX. (Grosman op.cit.)

El síndrome del niño golpeado fue descrito en un artículo por primera vez en 1868 por Ambroise Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París, quien se basó en hallazgos obtenidos en las autopsias de 332 niños que habían sido golpeados o quemados hasta producirles la muerte.(MC Donald 1979 citado por Rojas 2002). Se funda en Nueva York la Society for the Prevention of cruelty to Children en 1871, como consecuencia de que algunas personas bien intencionadas acudieron en ese entonces a la Sociedad Protectora de Animales a solicitar auxilio para rescatar a la niña Mary Ellen de sus padres adoptivos quienes la tenían sujeta a su cama con cadenas. Poco tiempo después se crearon sociedades semejantes en varios países. (Osorio1987 citado por Reyes 2001) En 1883 los médicos ingleses fundaron la primera English Society for the Prevention of Cruelty to Children en la ciudad de Liverpool. (Loredo op.cit.)

Caffey publicó en 1946 las fracturas múltiples y hematomas subdural en seis niños, estos hallazgos son el inicio de la descripción de lo que en la actualidad se conoce como síndrome del niño maltratado. En 1961, Kempe propuso el término de “Síndrome del niño golpeado” en su Simposium de la Academia Americana de Pediatría para connotar la agresión por parte de los padres o de los encargados de su cuidado. Posteriormente se describieron formas no físicas de abuso hacia el menor, lo que dio lugar a un cambio de nombre, de Síndrome del niño golpeado a Síndrome del niño maltratado. (Marcovich 1981)

En México, se toma plena conciencia entre la comunidad médica del problema de maltrato hacia los infantes cuando aparece la publicación de Riojas y

Manzano (1968) en cuyos estudios detectaron casos de ésta índole a través de estudios radiográficos. Espinosa y Cáceres (1971) presentaron los resultados de un estudio, enfatizando los aspectos psicológicos y legales de los niños. Por la misma época en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) , el grupo de higiene mental analizaba diversos aspectos del tema y aparecen publicaciones de la existencia de éste problema por Loredo y Reynés (1984) presentado en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), lo que desencadenó una serie de estudios al respecto y se sensibilizó a médicos residentes, enfermeras, trabajadoras sociales, abogados, etc. (Loredo op.cit.)

A lo largo del tiempo ha evolucionado la conceptualización del maltrato al infante y actualmente existe una mayor sensibilización al respecto, no sólo en la comunidad médica como anteriormente se ha mencionado sino en la sociedad en general, un ejemplo de ello, es la existencia de sociedades civiles y gubernamentales como el DIF, las cuales se caracterizan por el empleo de la “intervención”, en un principio separaban a las víctimas del ambiente familiar e ingresaban a centros y se penalizaba a los padres maltratantes. Posteriormente hubo una disminución de tales separaciones familiares a causa del aumento de intentos de rehabilitación terapéutica de las familias.

Es notorio que se ha tratado de encontrar la mejor manera de corregir las situaciones individuales, familiares y sociales que potencian el problema del maltrato infantil, sin embargo, no ha sido suficiente, ya que conforme pasa el tiempo se emplean nuevas modalidades de maltrato, lo cual hace posible pensar que seguirán surgiendo en el transcurso del tiempo o en un futuro

nuevas propuestas de prevención, intervención y tratamiento como se ha visto en los antecedentes anteriormente descritos.

3.2 CONCEPTO Y TIPOS DE MALTRATO

El concepto de maltrato ha sufrido varios matices de acuerdo a los hallazgos obtenidos y al tiempo en que éstos surgieron. Al principio fue descrita la problemática del maltrato por A. Tardieu quién se basó en las autopsias de niños quemados y golpeados (Rojas op.cit.). Mucho tiempo después, en 1961, Kempe propuso el término de Síndrome del niño golpeado, dicha entidad fue definida como: “Uso de la fuerza en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de su padre o de otra persona responsable de su cuidado”. (Marcovich op.cit.)

Posteriormente, Garbarino y Gilliam (1980) y Starr (1988) exponen la existencia de cuatro elementos que influyen en la definición del maltrato infantil, los cuales son: *la intencionalidad del acto, *el impacto de la acción sobre el niño, *el juicio de valor que hace la sociedad en torno a la acción sobre el niño y *la regla cultural y social utilizada en el juicio de valor sobre la acción. (Buchelli 1999)

Se empiezan a obtener nuevos enfoques, las preocupaciones son diferentes, se empieza a observar que el maltrato no sólo refiere a lo físico, por lo cual, se ha generado la necesidad de alcanzar criterios que sean más amplios sobre el maltrato infantil y se deja de lado la connotación exclusivamente médica.

Osorio y Nieto (1990) definen al niño maltratado como “aquella persona humana en el periodo de la vida entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal provenientes de sujetos que por cualquier motivo tengan relación con ella”. (Arias 1994)

Manterola (1992) expresa que los niños maltratados “son los menores de edad que enfrentan y sufren habitualmente violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por parte de los padres, tutores, custodios o personas responsables de éstos”. (Del Valle 2000)

Lo anteriormente propuesto por Osorio (1990) y Manterola (1992), es actualmente la definición que maneja el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en el área que se ocupa del maltrato infantil (PRENAM) hoy en día llamado Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia (CEPAMyF).

Para entender el contenido de estas definiciones, es preciso realizar una descripción clara de cada uno de los diferentes tipos y subtipos de maltrato, los cuales se diferencian unos de otros y poseen su propia definición.

MALTRATO FISICO	
DEFINICION	SUBTIPO
Según Kempe, es cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. (Grosman op.cit.)	<ul style="list-style-type: none"> -hemorragias -hematomas -quemaduras -fracturas -escoriaciones -alopecia

MALTRATO PSICOLOGICO	
DEFINICION	SUBTIPO
Son actitudes dirigidas exclusivamente a dañar la integridad emocional, pueden ser manifestaciones verbales o gestuales que humillan o degradan al niño y permanentemente están aterrizados.	<ul style="list-style-type: none"> -gritar -rechazar -burlar o ridiculizar -ignorar -humillar o degradar -no tocar al niño o no demostrar amor

NEGLIGENCIA	
DEFINICION	SUBTIPO
Es el descuido intencional del niño al que se le niega los cuidados y los elementos indispensables para su crecimiento y desarrollo como alimentación y atención médica.	-física -emocional -educacional

ABANDONO	
DEFINICION	SUBTIPO
Es el desprendimiento total del niño. (Reyes 2001)	-indigencia -niño de la calle

ABUSO SEXUAL	
DEFINICION	SUBTIPO
<p>Aquella situación en que un adulto utiliza su interrelación con un menor (en relación de sometimiento) para obtener satisfacción sexual, en condiciones tales en que él niño (a) son sujetos pasivos de tales actos, y pierden la propiedad sobre sus propios cuerpos. (Grosman op.cit.)</p>	<p>-violación -hostigación -incitación</p>

En función a la descripción breve de los tipos de maltrato empleados por los padres, tutores o personas que están al cuidado de los niños, se hace posible la detección del abuso infantil pero, no es fácil detectarlos en todos los casos, ya que no siempre es visible o notorio a simple vista, el más común es el maltrato físico, el cual no debe confundirse con lesiones o secuelas producidas por un accidente, un ejemplo de estas características, según Arruabarrena (1994), son:

1.-Magulladuras o moretones que aparecen en el rostro, los labios o la boca, en zonas extensas en el torso, la espalda, las nalgas o los muslos; suelen estar en diferentes fases de cicatrización fruto de repetidas agresiones o tienen formas

no normales, están agrupados o con formas o con marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.

2.-Señales de quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, que cubren las manos o los pies o que son expresión de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.

3.-Fracturas de nariz, mandíbula o de los huesos largos, por ejemplo. Suelen aparecer en niños pequeños en diferentes fases de cicatrización.

4.-Torceduras o dislocaciones.

5.-Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.

6.-Cortes o pinchazos.

7.-Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

Como se ha señalado anteriormente, en la mayoría de las ocasiones no aparecen este tipo de lesiones o señales externas y, sin embargo, se trata de casos de maltrato físico. Para identificar la presencia de este tipo de maltrato habría que cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos:

*En al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de, como mínimo, uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son “normales”.

*No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguno de los tipos de

lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres o tutores.

*No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor.

*La intensidad de la reacción del padre/madre no corresponde con la seriedad de la acción del niño o con la ausencia de acción del menor. O la disciplina administrada no es apropiada o no está en concordancia con los intereses del niño en función de su edad o nivel de desarrollo.

*Parece que el padre/madre no controló su reacción cesando el castigo.

*Además de lo anterior, el niño presenta una reacción de tensión no justificada.

3.3 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL MALTRATO FISICO

El maltrato al menor se *origina* en base a tres elementos fundamentales: 1)un niño agredido, 2)un adulto agresor y 3) a un factor detonante. Cada elemento tiene características propias que al concatenarse dan como resultado el fenómeno del maltrato, por tanto es necesario analizarlos y describirlos.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO MALTRATADO FÍSICAMENTE	
*Edad	<p>Un niño que sufre maltrato físico es aquel que requiere de mayor cuidado y protección por parte del adulto, es cierto que niños de todas las edades pueden sufrirlo pero, los más frecuentes son los recién nacidos, los lactantes menores y los preescolares.</p>
*Sexo	<p>En relación con el sexo, es probable que sea mayor en varones si son hijos únicos o los más grandes, o en las mujeres si son el tercer o cuarto hijo. Es importante señalar que el problema se modifica cuando se trata de abuso sexual, ya que casi siempre corresponde al sexo femenino.</p>
*Enfermedades	<p>Estos niños aparte de sufrir maltrato presentan otros padecimientos como malformaciones congénitas, enfermedades metabólicas, neoplásicas o sistémicas, los cuales necesitan constantemente atención médica. Un ejemplo, es el caso del niño con diabetes mellitus juvenil. Otro conjunto de enfermedades que pueden sufrir, son los cuadros infectocontagiosos, parasitarios y trastornos infecciosos en vías urinarias.</p>

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR	
*Edad	<p>El promedio de edad en cuanto a las mujeres oscila alrededor de los 26 años y en varones es de 30 años. El maltrato ocurre a pesar de que los agresores están en una edad ideal de procrear, es decir, tienen una maduración biológica.</p>
*Sexo	<p>Predomina el sexo femenino y de éste, la madre constituye el primer lugar de entre otras personas como la madrastra, abuelas, tías, hermanas, etc. Esta es la que con mayor frecuencia agrede al menor, pues se recurre a la idea de que el problema se desencadena debido a que pasa mucho más tiempo con el niño que otros adultos.</p>
*Escolaridad	<p>Es factible pensar que las personas con bajos recursos económicos poseen un grado de escolaridad básico. En México se ha demostrado que esto puede ser variable. En un estudio de 128 casos se encontró lo siguiente: 5 varones y siete mujeres agresores eran analfabetas. Poseían preparación básica 22 mujeres y 19 varones, y solamente 1 mujer y 5 varones habían tenido preparación superior o licenciatura. De 47 agresores (23 mujeres y 24 hombres), no pudo establecerse la escolaridad. Estos datos nos ayudan a concluir que los</p>

	adultos sin escolaridad no son los únicos agresores.
*Ocupación	<p>Probablemente la inestabilidad ocupacional de los padres agresores constituya un factor que genere la violencia en el menor. Otros factores pueden ser la escasa remuneración del trabajo, el horario, la aceptación de la actividad, la falta de empleo y las labores del hogar en el caso de las mujeres que lo encuentran poco satisfactorio, etc. (Loredo op.cit.)</p>
*Toxicomanías	<p>La drogadicción, el alcoholismo y la farmacodependencia son detonantes del maltrato. El padre adicto es incapaz de atender las necesidades mínimas del niño pues, su preocupación principal es conseguir la droga, por lo cual, roba, hiere, se prostituye o vende sus pertenencias, su preocupación principal es la droga no el niño. El progenitor que se encuentre bajo los efectos del alcohol, perderá el autocontrol y cualquier insignificancia será el disparador de su ira. El alcoholismo y la drogadicción pueden generar discordias maritales y a su vez el maltrato infantil, ya que la relación entre los progenitores puede quedar afectada y desembocar en conductas crueles. La influencia del alcohol se asocia con la inestabilidad emocional y social, lo cual origina una mayor predisposición hacia el abuso de los hijos. (Gallardo 1998)</p>

El tercer elemento que presenta la *génesis* del maltrato se refiere a otros factores desencadenantes:

En relación a las *causas* que motivan el maltrato, se encuentra una multiplicidad de factores que originan la violencia, una de ellas es la psicología del sujeto, el cual presenta una anormalidad y es caracterizado como una persona psicopatológica que se muestra incapaz de tolerar el stress de la vida cotidiana, de ejercer el rol paterno, es inmaduro, egocéntrico e impulsivo, tiene un bajo coeficiente intelectual y escasa capacidad para adaptarse a la vida adulta, su carácter es antisocial, puede ser alcohólico, drogadicto y presenta perversiones sexuales.

A través de las investigaciones, Kempe (1979) encontró que gran parte de los padres que maltratan a sus hijos son sujetos que han sufrido a su vez privación afectiva y malos tratos en su infancia y en consecuencia, llegan a ser ellos mismos padres sin la maduración psicológica necesaria para asumir ese rol, es decir, existe una repetición de actos violentos que se dan de una generación a otra. Este factor es corroborado a través de los resultados obtenidos por Félix y Meléndez, donde se encontró que los padres que fueron castigados en su infancia constituyeron un 56.7% del total de casos, así mismo, que el 40% de ellos fueron castigados rara vez y el 3.3% refirió no haber sido castigado. También se indagó en este estudio, cuales son los sentimientos que sufrieron ante las formas de castigo corporal impuestas por sus padres. El primer sentimiento que predominó fue el enojo, seguido de la tristeza, resentimiento y deseos de escapar de su hogar. Los castigos que dichos

padres tuvieron en su niñez se relacionan con la frecuencia de los golpes recibidos y con la percepción que ellos tenían de justificar a sus padres respecto a estos castigos impuestos, y también con la opinión que dichos padres tienen en la actualidad acerca de esta medida correctiva. Esto confirma una vez más, la teoría acerca de la compulsión a la repetición del maltrato físico. (Félix 1996)

Por otra parte, desde el punto de vista cultural, los valores y normas sociales dan pie a la violencia como recurso para el logro de determinados propósitos por medio del uso de la fuerza física para mantener o mejorar las condiciones de vida del sujeto. La violencia no es ejercida por cualquier miembro de la familia, socialmente se da una posición jerárquica entre los integrantes de la misma, donde el adulto tiene mayor poder sobre el niño y el hombre sobre la mujer.

A estos aspectos se agrega, la falta de preparación suficiente sobre la crianza de niños, situación que hace sentir inseguros a los padres, por lo cual es de esperarse que sus expectativas estén desajustadas en cuanto a lo que deben esperar de la criatura de acuerdo a cada etapa evolutiva. (Grosman op.cit.)

Lo ideal es que la crianza fuese ejercida por ambos padres, sin embargo, se sabe que la madre sigue siendo la que se involucra con más frecuencia en las actividades de cuidado y protección del infante, pero no puede dejarse de lado la participación del padre, pues éste se encuentra en la actualidad en un estado

de transición, se empieza a involucrar de forma afectiva, comparte las responsabilidades de cuidado y de crianza. (Salguero 1995)

El tipo de crianza de los hijos –como se ha mencionado en el capítulo anterior– es un factor que influye en el origen de los malos tratos. Es frecuente que se trate de justificar el maltrato físico a los menores, argumentando de que se les castiga para que se eduquen, ya que el castigo es considerado un adecuado instrumento formativo. El castigo más empleado es la paliza que tiene una tradición tan larga que no es fácil de abandonar, pues en épocas pasadas, la crianza autoritaria era eficaz, tiene un efecto temporal para evitar las malas conductas de los niños, probablemente ésta sea la razón por la cual los padres no abandonen el castigo corporal. En algunas ocasiones hemos escuchado justificaciones acerca del castigo físico, por ejemplo, los padres dicen que a los niños se les castiga por su propio bien, cuando están en riesgo de su seguridad o porque hacen perder su paciencia. Lo cierto, es que éstos argumentos sólo generan la continuidad del empleo del castigo como método educativo, lo cual es absurdo, pues la práctica del castigo físico no es efectivo como instrumento correctivo, ya que si lo fuera los padres no tendrían que repetirlo. (Rosen 1998 citado por Gómez 1999)

La problemática del castigo corporal surge ante la dificultad de los padres de aceptar su diferencia con el niño, de verlo como otro. Es producto de la desconfianza paterna en la transmisión de una norma por la vía del lenguaje y se le atribuye una incapacidad para razonar y comprender. Los padres se

muestran intolerantes ante el ritmo del niño, a sus características, etapas y necesidades de desarrollo infantil.

Kozicki y Rofman (1992) realizaron un estudio, cuyo interés es revelar por qué motivaciones y con qué frecuencia los padres castigan a los hijos. La opinión de los padres sobre el castigo corporal reveló que un 66% opina que es necesario castigar físicamente, aunque sólo fuera en casos excepcionales. El resto, opinó que el pegar constituye un método educativo positivo para los hijos, por lo que ésta actitud estaría indicando la impotencia de los padres para imponer límites o indicaciones por otros medios. Los conflictos en la crianza son originadas por actitudes de rebeldía y desobediencia, son caprichos, traviesos, inquietos, pelean con hermanos y existen problemas con sus estudios. Las técnicas de disciplinamiento aplicadas por los padres son principalmente el chirlo, la tirada de cabello y de orejas, la cachetada y la paliza. De ésta descripción surge que la gran mayoría de los padres les pega a sus hijos, aunque con diferente intensidad y frecuencia. La frecuencia del castigo corporal indica que del 100% un 23% pega una vez por semana o por mes, el 63% lo hace esporádicamente y el 14% nunca lo ha hecho. Las situaciones que provocan el uso del castigo son: cuando saca de sus casillas a los padres, cuando arremete o pelea y cuando grita o falta el respeto.

Es llamativo que la mayoría de las respuestas hacen referencia a un estado de ánimo paterno o a situaciones de relación entre padres e hijos. Parece ser que el castigo es provocado por una sensación de descontrol paterno o por una actitud agresiva e irrespetuosa del hijo hacia el padre, lo cual supone que el

castigo físico no es visualizado como una forma de corrección aplicado en una forma racional. Más bien se detecta que los padres pegan como una respuesta emocional, producto de un conflicto personal. El golpear aparece vinculado con la saturación emocional del padre o de la madre, esto indica que el castigo no es usado en una forma planificada, sino ante el fracaso de la palabra. El hijo no es concebido como otro diferente, en desarrollo, con necesidades y características propias. El castigo surge predominantemente frente a dificultades vinculadas a logros sociales y/o culturales o frente a la violencia con los hermanos. Por lo cual se concluye de este estudio que, el castigo se trata más de una respuesta emocional que de un método educativo, y que se relaciona con un fracaso en función de la puesta de límites, en la transmisión de reglas y normas por lo padres.(Grosman op.cit.)

Según Salguero y colab. (1997), posteriormente a la utilización del castigo o del maltrato físico, las madres presentan por lo general, sentimientos de depresión, arrepentimiento y culpabilidad por el empleo del mismo y que esto se debe en gran medida al escaso conocimiento sobre lo que significa el ser padre, de las diferentes formas de crianza, que no necesariamente implican el maltrato como forma de castigo o de disciplina y por último, el desconocimiento del comportamiento del niño.

La violencia ejercida por parte de los padres trae consigo *secuelas*, es decir, efectos negativos sobre el desarrollo del niño a corto, mediano o largo plazo. Las consecuencias del niño maltratado físicamente se caracterizan con mayor frecuencia por tener un bajo rendimiento escolar, es menos atractivo

físicamente, tiende a ser extremadamente perezoso o sobreactivo, manifiesta mayores defectos psicológicos, neurológicos y cognitivos, además de ser autodestructivo, es un niño cicatrizado por quemaduras, mordeduras, hematomas, etc, causados por la agresión física por sus padres, pueden ser ciegos, lisiados, mutilados, retardados, aprenden a emplear la violencia en la interacción con otras personas tomando al padre como modelo y en casos extremos encuentran la muerte. (Del Valle op.cit.)

Otra consecuencia en el niño maltratado, es la manifestación de conductas agresivas. Según Patterson (1982) ésta conducta se origina en la infancia temprana, los patrones de conducta agresiva se desarrollan y mantienen a través de la interacción diaria entre el niño y sus padres. Uno de los factores más importantes que propician este problema es el estilo de crianza paterno, ya que por lo general utilizan una disciplina severa e inconsciente, como la baja supervisión y poco involucramiento con los hijos.

En un estudio realizado por Ayala V.H. y colab. (2002) se evaluaron los factores asociados a ésta problemática, donde se identificaron las diferencias entre niños agresivos y no agresivos. En los resultados arrojados por ésta investigación se encontró que los niños agresivos presentaron varios problemas de conducta como desobediencia, no siguen instrucciones, agreden verbalmente, gimotean y presentan otras conductas negativas. Estas conductas manifestadas son el resultado de la interacción entre padres e hijos. Los padres de niños agresivos, en comparación con los padres de los niños no agresivos, reportaron menor apoyo por parte de la pareja, mayor estrés, más

problemas de salud , índices altos de depresión, tienen menos apego de sus hijos, los perciben más demandantes, con más problemas para adaptarse al medio ambiente, con problemas para aceptar a sus padres, con un humor o estado de ánimo más irritable y presentaron mayor puntuación de distracción e hiperactividad. También se encontró que éstos padres tienen un estilo de disciplina más explosivo e irritable, perciben de manera muy estresante la crianza de sus hijos, se sienten incompetentes para educarlos, les agobia su rol de padres y no muestran apego hacia sus hijos.

Esta es la percepción de los padres hacia los hijos, pero, ¿Cuál es la percepción de los hijos hacia los padres cuando existe maltrato?.

Enrique García (2002) de la Universidad de Valencia en España, llevó a cabo un estudio, cuyo objetivo es el tema del maltrato infantil en el contexto de la conducta parental y las percepciones de padre e hijos. En los resultados de este estudio se obtuvo, que en las familias donde se tiene lugar a los malos tratos pueden definirse, desde la perspectiva de los niños, como relaciones caracterizadas por la amenaza, el conflicto, la falta de confianza, por una pobre orientación al desarrollo y por una estructura rígida. Perciben un menor calor y afecto expresado física y verbalmente, tanto del padre como de la madre, se sienten rechazados por ambos padres. Este rechazo se manifiesta por sentimientos de hostilidad, resentimiento, enemistad y malicia hacia el niño, por *conductas agresivas físicas* o verbales de los padres y por sentimientos de no ser aceptado.

Dichas investigaciones como es evidente, refuerzan las consecuencias del maltrato físico anteriormente mencionadas y la postura de Patterson (1982) acerca de la crianza de los hijos, por ende, es necesario señalar que las causas y consecuencias constituyen un elemento muy importante para identificar, prevenir o intervenir en las familias donde se da éste tipo de maltrato.

Para finalizar éste capítulo, es de nuestro interés señalar, que los factores mencionados anteriormente se correlacionan entre sí, por lo cual, ponen al niño en una situación de riesgo tanto de maltrato como de generación de conductas negativas, por tanto se considera que es importante resumir y clasificar ésta información en cuatro grandes grupos considerados como factores de riesgo: 1) las características del niño. 2) las características del agresor, 3) los factores contextuales y 4) la interacción padre e hijo. Estos factores de riesgo pueden ser prevenidos por otros factores, cuyo fin es el proteger al niño, evitando las consecuencias que éste pudiera presentar. Los factores protectores son: 1) relaciones de apoyo padre e hijo, 2) empleo de métodos positivos de disciplina, 3) la supervisión, 4) que las familias estén dedicadas a sus hijos y 5) que los padres busquen información y apoyo. Específicamente, se debe de tener una adecuada organización familiar, fijar metas, utilizar una disciplina flexible y congruente que no dependa del estado de ánimo de los padres (crianza democrática) y la supervisión de las actividades del niño, que favorecen su desarrollo social y familiar. (Grosman op.cit.)

3.4 DIAGNOSTICO DEL NIÑO MALTRATADO

Según Loredo (1994), la información obtenida mediante la realización de un historial clínico puede ayudarnos a establecer el diagnóstico de sospecha o de certeza en un gran número de casos de maltrato. No solamente los hallazgos de la exploración física permiten al médico o a cualquier especialista darse cuenta de que se encuentra ante tal problemática, es decir, frente a un niño que es maltratado. Existen una serie de datos que son llamativos para sospechar maltrato, los cuales son:

- Actitud de los padres: 1)Aparentemente sobreprotección. Casi nunca demostrarán rechazo o agresión al niño delante del médico, de la trabajadora social o de otra persona ajena a la familia. 2)Tardanza en horas o días para llevar al menor a su atención médica, lo cual se debe a que los padres tratan de ocultar su agresión pero la gravedad y persistencia de las lesiones los obligan a recurrir al hospital. 3)Es muy común que las últimas horas de la noche o las primeras de la madrugada sean las empleadas para asistir a un centro hospitalario.
- Actitud de los niños: 1)Excesiva irritabilidad frente al médico u otro especialista. 2)Demasiada pasividad durante la exploración física o la realización de procedimientos diagnósticos como en las muestras sanguíneas. 3)Inmediata adaptación en las salas que esté siendo atendido y se esconden cuando el agresor se presente ante ellos. En caso de maltrato los infantes presentan comportamientos específicos

como introversión, miedo al contacto físico, timidez, llanto sin causa aparente, aislamiento, desconfianza, temor, ansiedad, culpa, además de mostrar una actitud de autodefensa y en muchas ocasiones también se manifiesta rebelde y agresivo. (Duarte 1994/1995)

En ocasiones, por medio de los aspectos arriba mencionados, del historial clínico y de la experiencia del médico, de la trabajadora social o del psicólogo, es como se podrá establecer un diagnóstico de sospecha de maltrato infantil. Sin embargo, a veces puede que el procedimiento clínico anteriormente descrito no baste para el diagnóstico y se tenga que recurrir a los estudios de gabinete y laboratorio, que a continuación se exponen:

-Radiografía: Examen de los huesos largos, del cráneo o de cualquier otra parte del cuerpo que se encuentre dañada. Se considera que este estudio es a veces la voz del niño agredido, ya que pone de manifiesto la historia de agresión y permite localizar lesiones en lugares frecuentes y poco habituales.

-Tomografía axial computarizada (TAC): Es muy útil en la demostración de hemorragia intracraneal, especialmente en los casos que no hay fractura de cráneo.

-Pruebas de laboratorio: sirven de apoyo al médico para diagnosticar y corroborar si los exámenes están dentro de lo normal o descubrir estados tóxicos por medicamentos u otras sustancias administradas al menor de manera intencional.

Es importante señalar, por otro lado, que el apoyo que recibe el paciente por parte de los trabajadores de la salud (sean médicos, trabajadores sociales, psicólogos) son de suma importancia y de gran utilidad porque permiten conocer más a fondo la situación social, emocional y legal de la familia, del agresor y del menor para así determinar cuál es el tratamiento integral que debe seguir el paciente. Gracias a la experiencia de varios autores que han trabajado con niños maltratados, se permite señalar que el establecer un diagnóstico correcto se logra mediante el empleo adecuado de los datos que se obtengan en el historial clínico como herramienta básica.

Actualmente se intenta dar una mejor opción al paciente, es decir, evitar el rompimiento del núcleo familiar y también proporcionarle un tratamiento de índole médico o psicológico al agresor y para el resto de la familia, pues es de suma importancia ya que la familia es el espacio donde interactúa, se desarrolla, crece y por lo cual todo lo que acontezca dentro de esta unidad influirá en el mismo.

Para poder lograr un diagnóstico de sospecha o de certeza en los casos de maltrato, hoy en día, el caso de maltrato es tratado por varios especialistas, a lo cual se denomina como *equipo multidisciplinario*, cuyo fin es dar una atención integral del problema para intervenir y evitar la frustrante mortandad de los menores maltratados.

Es frustrante saber o hablar de la muerte de un niño que ha sufrido cualquier tipo de agresión por parte de un adulto, por ende se trata de aminorar esta problemática y bajar los índices de mortalidad. En Estados Unidos, fallecen aproximadamente el 8% de los menores maltratados, en Inglaterra, de 4500 niños que son maltratados, fallecen del 10 al 17% por las lesiones recibidas y cerca de 30% queda con daño cerebral permanente. En México Marcovich (1981) detectó un porcentaje elevado de muerte en los casos que comunicó, 379 niños de 686. En los casos atendidos en el Departamento de Medicina Interna del INP, (Instituto Nacional Pediátrico) se consideró que 2 niños habían fallecido por la enfermedad de base, pero la cual seguramente era favorecida por el maltrato. Hubo otros 7 casos de muerte como consecuencia de la agresión sufrida, y 1 más por la negligencia de los familiares para tratar la diabetes mellitus del menor. (Loredo op.cit.)

CAPITULO IV

DIF

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Debido a que se trabajó con niños maltratados físicamente de esta institución, hablaremos acerca de su origen y funciones como Sistema público.

4.1 RESEÑA HISTORICA DEL DIF

Es un organismo público descentralizado del gobierno estatal, que cumple el objetivo de brindar asistencia social a los sectores menos favorecidos de la población, como son las familias en extrema pobreza, las niñas y los niños en estado de abandono, orfandad, extravío, maltrato o desnutrición, los ancianos, desamparados, las personas con capacidades diferentes, las mujeres y los jóvenes.

El 31 de Enero de 1961, se crea por decreto presidencial un organismo público descentralizado, denominado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), para responder a la creciente demanda de los servicios otorgados por la Asociación de Protección a la Infancia, cuya función consistía en suministrar desayunos escolares y prestar otros servicios asistenciales.

Posteriormente el 15 de julio de 1968, se constituye un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), con el fin primordial de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y explotación de menores.

En el año de 1975, el INPI. Ya no respondía a las atribuciones que se le habían señalado, por lo cual se estimó necesaria la creación del Instituto Mexicano

para la Infancia y la Familia, lo cual se llevó por decreto el 30 de Diciembre de 1975.

Mediante decreto presidencial el 10 de Enero de 1977, se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a través de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), con el propósito de reunir en un solo organismo la responsabilidad de coordinar los programas gubernamentales de asistencia social y en general las medidas a favor del bienestar de las familia mexicanas.

En diciembre de 1982, por decreto del Ejecutivo Federal, el Sistema Nacional para el DIF se integró como organismo descentralizado que coordina la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encomendándole la realización de los programas de Asistencia Social del Gobierno de la República.

Dentro del contexto estatal, el 28 de Marzo de 1977, según decreto 148 el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia del Estado de México, cambia su denominación por la del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), mismo que se crea como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, cuyo objetivo es promover el bienestar social y brindar servicios de asistencia social.

Para normar la debida aplicación de la protección social y bajo este marco de referencia el 31 de Diciembre de 1986, se abroga la Ley de Protección de

Asistencia a la niñez y de la Integración, y se aprueba la ley de Asistencia Social del Estado de México, la cual rige la actividad actual de esta institución.

En este sentido, el DIFEM, se desarrollo tareas de coordinación con otras dependencias y con el apoyo de otros Sistemas Municipales para abatir la pobreza extrema, el maltrato al menor y la atención a las necesidades básicas de la población.

En cuanto al maltrato, el DIF, contempla metas inmediatas que se reducen a la detección y asistencia de menores maltratados, y mediatas en cuanto a la estimación del problema dentro de nuestra sociedad, para establecer y conducir programas de orientación y prevención a grupos e instituciones afines, así como prestar asesoría y capacitación sobre la materia a los DIF Estatales.

La organización y procedimiento de las acciones que el DIF realiza en relación con el maltrato a menores, se dividen en tres:

- ❖ Asistencia y Rehabilitación
- ❖ Investigación
- ❖ Prevención

Dentro del área de Asistencia y Rehabilitación, los procedimientos específicos son: a) Recepción de las denuncias, b) Verificación y detección del caso y c) la canalización al área jurídica, psicológica, médica y de trabajo social, para los efectos de sus respectivas competencias.

En materia de investigación, se efectúa el seguimiento de casos particulares, observando todos los elementos que influyan o puedan influir en esta problemática, para proponer posteriormente soluciones.

Las acciones de prevención consisten en pláticas donde se informa de la problemática de maltrato, tanto en las diversas formas en las que se manifiesta como su etiología y consecuencias, con el fin de prever el maltrato en el menor, de sensibilizar y concientizar a la sociedad y de proporcionar un desarrollo integral a la niñez mexicana. (CONSEJO MEXIQUENSE DE ADOPCIONES DIF)

4.2 CEPAMyF

La difícil situación económica y social por la que atraviesa el país y que se refleja de manera directa en el Estado de México, propicia que la familia se enfrente a diversos problemas, los cuales la llevan a la vulnerabilidad afectándola en su constitución, estructura y funcionamiento.

Entre los principales problemas que afectan a la familia, se encuentra el maltrato que sufre algún miembro de la misma, condicionando alteraciones en su desarrollo físico y emocional. Por tal motivo la ley de Asistencia Social del Estado de México y el Plan de Desarrollo del Estado de México 1993-1999 plantean la necesidad de brindar atención y servicios asistenciales a los grupos

más desfavorecidos de la sociedad: mujeres, menores, ancianos y discapacitados.

Ante la magnitud del problema, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) integra un grupo interdisciplinario de profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y abogados) quienes serán integrantes del Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia (CEPAMyF), teniendo a su cargo la atención integral inmediata y específica a las personas que son objeto de maltrato físico, abuso psicológico, sexual, abandono o negligencia. Una de las prioridades es detectar las necesidades más apremiantes que cada víctima tiene y dar soluciones o alternativas a su problemática particular y familiar, dando un seguimiento sistemático a los casos.

¿QUE ES CEPAMyF?

El Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia (CEPAMyF) es una unidad orgánica que forma parte de la Dirección de servicios jurídico-asistenciales y de la subdirección de la defensa del menor y la familia, la cual tiene como objetivo organizar, dirigir, coordinar y controlar las acciones encaminadas a la atención integral a las víctimas de maltrato, así como instrumentar y promover programas de prevención del maltrato.

Entre las funciones que el CEPAMyF desempeña, se encuentran las siguientes:

*Integrar el presupuesto en coordinación con las áreas que integran CEPAMyF, a fin de dar cabal cumplimiento a sus actividades.

*Detectar a través de la realización de estudios de casos, la problemática específica de las víctimas de maltrato que sean canalizadas a este Centro.

*Coordinar de manera conjunta con las áreas de apoyo médico, psicológico, jurídico y social la adecuada prestación de servicios orientados al estudio y tratamiento de las víctimas de maltrato.

*Difundir y promocionar en los Municipios la información de los programas preventivos del maltrato, así como los programas de atención para esta problemática.

*Realizar reuniones semanales con el grupo interdisciplinario de las áreas médica, jurídica, psicológica y de trabajo social para analizar, estudiar y evaluar las decisiones en conjunto, acerca de los tratamientos que deben llevarse a cabo para atender los casos específicos de maltrato.

*Brindar asesorías a los funcionarios de los Sistemas Municipales DIF, con respecto a la problemática social que enfrentan las víctimas del maltrato; así mismo capacitarlos en relación a la instrumentación del modelo interdisciplinario de atención para las personas víctimas de maltrato.

*Dirigir, controlar y dar seguimiento a los tratamientos que se brinden dentro de la Clínica del Maltrato, a las víctimas y a sus familias, hasta lograr la solución del problema.

*Realizar evaluaciones mensuales del impacto de los programas de atención y prevención que se llevan a cabo, con el propósito de medir cualitativamente y cuantitativamente sus resultados.

*Integrar un sistema de datos que permita contar con información veraz de los Municipios en los que se presenta una mayor incidencia de casos de maltrato, que especifique el tipo de maltrato y quienes son los agresores, entre otros; así como de los resultados que se obtienen a través de la instrumentación de los programas de atención, de prevención, de las asesorías y de las consultas.

Estas funciones son realizadas por medio de un grupo de profesionales en el área médica, psicológica, jurídica y social, los cuales poseen propio objetivo y función.

AREA JURIDICA	
OBJETIVO	Coordinar y apoyar las acciones legales que se lleven a cabo a favor de las víctimas del maltrato, así como prestar asistencia jurídica a éstas y a sus familias, promoviendo así protección legal y jurídica en beneficio de la población que así lo requiera.

<p>FUNCIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Supervisar y dar seguimiento a la normatividad y criterios generales que existen sobre la preservación de los derechos de los niños, así como a favor de las víctimas de maltrato. *Brindar asesoría legal a las víctimas de maltrato y a las familias que sean canalizadas a ésta área. *Difundir aspectos referentes al Derecho Civil-Familiar y Derecho Penal con relación al maltrato, así como la convención de los Derechos del Niño a través de sesiones de asesoría. *Brindar atención y apoyo jurídico a las víctimas de maltrato que a consecuencia de éste, se haya tenido que iniciar un litigio. *Intervenir en procedimientos conciliatorios previos a los juicios, en el marco del Derecho Familiar, buscando preservar la integración de la familia. *Analizar desde el punto de vista jurídico los casos de maltrato que así lo amerite. *Levantar actas penales ante las autoridades correspondientes cuando las circunstancias así lo requieran, así como aportar elementos suficientes para que éstas puedan tener el seguimiento oportuno, etc.

AREA PSICOLOGICA	
OBJETIVO	<p>Proporcionar atención psicológica a las víctimas de maltrato a través de técnicas de terapia individual y familiar, con la finalidad de apoyar en la superación de su problemática.</p>
FUNCIONES	<ul style="list-style-type: none"> *Identificar y hacer una valoración adecuada de los factores individuales, familiares, sociales y escolares, etc., que inciden directamente en la problemática que presenta la víctima de maltrato, a fin de proporcionar un tratamiento específico. *Aplicar y supervisar el correcto funcionamiento de las técnicas a utilizar, así como la evaluación de la víctima de maltrato. *Realizar actividades preventivo-educativas por medio de pláticas individuales por familia a efecto de concienciar a la misma sobre el problema de maltrato y sus consecuencias. *Evaluar psicológicamente al paciente, a través de una batería de pruebas psicológicas que permitan identificar los aspectos claves de la problemática emocional de la víctima. *Realizar entrevistas iniciales con la víctima de maltrato y con su familia, así como elaborar historias clínicas, notas subsecuentes y estudios psicométrico, a efecto de otorgar la terapia individual y oportuna, o en su caso canalizarla a la dependencia o institución adecuada para su tratamiento.

AREA MEDICA	
OBJETIVO	Organizar, controlar, dirigir y evaluar los servicios de atención médica, a efecto de atender con calidad y eficiencia los requerimientos de las víctimas de maltrato en materia de salud.
FUNCIONES	<p>*Elaborar interrogatorios, historias clínicas y diagnósticos médicos a las víctimas de maltrato con la finalidad de procurarles el tratamiento específico necesario, cuando el caso así lo requiera.</p> <p>*Canalizar los casos que por sus características y naturaleza no puedan ser resueltos en el consultorio de la Clínica, a los hospitales y áreas médicas del DIFEM, así como a instituciones públicas que presten asistencia médica.</p> <p>*Vigilar la evolución del paciente en relación al tratamiento médico ofrecido.</p>

AREA DE TRABAJO SOCIAL	
OBJETIVO	Evaluar la situación socio-económica así como las

	<p>demandas individuales y carencias de la víctima de maltrato y su familia a través de investigaciones y visitas domiciliarias, que permitan tener una visión global de la situación que guarda la familia.</p>
FUNCIONES	<p>*Elaborar reportes, estudios socio-económicos y visitas domiciliarias a las familias que presenten problemas de maltrato, a fin de detectar e identificar a través de la observación e investigación su situación social.</p> <p>*Dar atención a las víctimas de maltrato que hayan sido canalizadas a CEPAMyF y ubicar a las víctimas de maltrato en un sitio seguro en los casos que así se requiera.</p> <p>*Sensibilizar y concienciar a las víctimas y a sus familiares para que comprendan y acepten las indicaciones médicas, psicológicas y jurídicas. (Galindo 1997)</p>

4.3 DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL NIÑO MALTRATADO SEGÚN

CEPAMyF

El Centro de Prevención y atención al maltrato y la Familia lleva a cabo un proceso, cuyo fin es detectar maltrato infantil. El procedimiento a seguir es el siguiente:

❖ Atención de quejas de posible maltrato ya sea por escrito, de manera personal, telefónica o anónima. Al atender la denuncia se deben de tomar estos datos:

-fecha

-nombre de la víctima: edad, escolaridad y domicilio

-tipo de maltrato: físico, psicológico, sexual, negligencia y abandono.

-nombre del agresor: edad, parentesco y domicilio

-tipo de denuncia: telefónica, personal o anónima.

Posteriormente se realizará la visita domiciliaria, la cual es función del *trabajador social*, éste debe observar, indagar e investigar la situación del entorno familiar. La información será corroborada mediante visitas domiciliarias y a base de entrevistas, tanto directas (con la familia en estudio) como indirectas (con vecinos, familiares, escuelas, etc). La visita domiciliaria dará pie para la entrega del citatorio con el objetivo de citar al agresor y a la víctima.

El trabajo de detección de maltrato puede obstaculizarse, ya que al indagar información podría encontrarse con limitantes como la apatía, el encubrimiento, la negación de la misma, indiferencia e incluso la negación de acceso al domicilio y debe de respetarse la decisión de la familia con la finalidad de no causar problemas.

Es importante tranquilizar y concientizar a la familia para que ésta se presente o acuda a la cita, explicándoles la forma de trabajo del CEPAMyF.

La integración del expediente interno consiste en obtener la siguiente información:

-relación familiar

-diagnóstico

-nivel-socioeconómico

-condiciones higiénicas en general

-verificar si dentro o fuera del domicilio existe un lugar que ponga en riesgo la integridad del menor.

❖ Al presentarse en fecha y hora de la cita, tanto él o los receptores como él o los generadores del maltrato se lleva a cabo la siguiente dinámica:

1.-Entrevista a los padres de familia y se les refiere la forma de atención que proporciona cada una de las áreas que forman parte del grupo interdisciplinario.

2.-Se les hace de su conocimiento el motivo de dicha cita.

3.-Entrevista a los menores para dictaminar el tipo de maltrato generado por la violencia familiar.

4.-Revisión *médica* en presencia de los padres, para verificar lesiones físicas o de abuso sexual.

Se elabora la historia clínica recabando información de forma directa o indirecta. El *médico* debe estar alerta para valorar la capacidad de los entrevistados para entender la información solicitada y debe poseer la habilidad para plantear e interpretar correctamente las respuestas a los entrevistados.

Deben tomarse en cuenta la edad, escolaridad, condiciones socioculturales, capacidad de expresión,. Durante la entrevista se valorará la orientación (tiempo, lugar y espacio), memoria, cooperación y las características de lenguaje. El método de observación consiste en la presentación de higiene y aliño, estado nutricional, expresión facial, sexo, marcha y movimientos anormales.

Es importante la exploración física pues de acuerdo la gravedad de las lesiones será sancionado el agresor. Según el Código Penal del Estado de México considera que una lesión “es toda alteración a la salud o causar un daño, que transitoria o permanentemente, dejan huella en el cuerpo y es producida por causas externas”. Por tanto el Código Penal Vigente sancionará si las lesiones:

- 1.-Tardan en sanar en menos de 15 días y no ameritan hospitalización.
- 2.-Las que tardan en sanar más de 15 días y si ameritan hospitalización.
- 3.-Las que tardan en sanar más de 15 días, si ameritan hospitalización y ponen en peligro la vida.

En una lesión se valora el estadio evolutivo antiguo y reciente, el tipo de lesión, la forma, localización, distribución y dimensión. Las consecuencias físicas que se pueden encontrar a simple vista son las cicatrices permanentes en la cara, malformaciones, asimetría, limitación de movimientos, debilitamiento y disminución de funciones.

- ❖ Prosigue la evaluación inicial en el *área psicológica*, con el objetivo de realizar entrevistas psicodiagnósticas para determinar si en el caso a evaluar existen factores individuales, actitudinales, comportamentales, sociales, biológicos, etc., que estén propiciando el maltrato o bien si éste no existe, ya que puede ser una falsa denuncia generada por celos, confabulación o simulación.

Los elementos de trabajo necesarios son: un espacio ventilado, iluminado, que permita la confidencialidad y privacidad. Tiempo para determinar de acuerdo a la problemática y al número de integrantes de la familia relacionados con el caso.

Con la investigación de trabajo social y la valoración del médico, se refutan los hechos y dan pie para seguir con la entrevista y la evaluación, para obtener un diagnóstico psicológico, en el cual se evaluarán a fondo las causales del maltrato y el grado de afectación emocional que pudieran estar presentando tanto la víctima como el agresor. Con la historia clínica se puede especificar el tipo de maltrato. La aplicación de pruebas de diagnóstico psicológico, estarán sujetas al criterio del psicólogo (pruebas proyectivas: Bender, HTP, Machover, Familia, etc), se sugieren las de lápiz y papel por cuestión de recursos.

En caso de maltrato infantil se iniciará una entrevista individual al o los menores reportados como víctimas o receptores del maltrato. Se establecerá Rapport, es decir, brindarles la confianza explicándoles que la información que nos brinde será confidencial y que tiene como enfoque el detectar que tipo de

problemática sufre y la importancia que tiene la intervención y así poder lograr el objetivo de orientarlos. En el caso de que se detecten amenazas de gravedad, se debe sensibilizar a la víctima o receptor para garantizar que no sea internado o bien que sus padres no sean sometidos a un proceso legal. También se debe hacer consciente al receptor del maltrato, de la importancia que tiene el que su familia reciba ayuda profesional. En cuanto a la familia se evaluará la dinámica, hábitos e interacción interna y social de la misma. La entrevista a los padres se caracteriza por la sensibilización y orientación psicológica donde también se establecerá el rapport, se llenará una ficha de identificación, se analizará la dinámica familiar determinando que factores individuales, sociales, culturales, económicos y biológicos pudieran estar propiciando el maltrato.

En resumen el área psicológica proporcionará un Pronóstico que estará determinado por el tipo de problemática, dará un tratamiento que será determinado por el psicólogo, durante el seguimiento las sugerencias están encaminadas a la violencia doméstica cuyos temas a trabajar son: la dinámica de la violencia familiar, el por qué? de la violencia doméstica y también el por qué? la mujer mantiene esa relación, ¿qué es la codependencia? y las características de la persona codependiente, manejo de impulsos, control de emociones, el auto perdón, reforzamiento de autoestima, los problemas de género y cambio de creencias. Es importante enfatizar que la forma o método de trabajo estará sujeto al criterio del especialista tratante. Por último de acuerdo al avance o mejoría de la situación familiar se determinará el cierre.

Lo anteriormente mencionado hace referencia a la forma en cómo el área psicológica trabaja, es decir, la parte práctica, la cual debe estar sustentada en una base teórica para la detección del niño maltrato que a continuación se presenta:

El área psicológica considera que el maltrato infantil “no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad” y define el maltrato como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes”(Kempe) o como “todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor” (CNDH).

¿POR QUÉ?

Las posibles causas pueden ser: las características de los padres, adicciones, educación y características del menor.

Como anteriormente se ha mencionado (en el capítulo III) los tipos de maltrato que pueden presentar los niños son físicos, psicológicos, sexuales, de negligencia o abandono, los cuales traen consigo consecuencias: retraimiento o aislamiento, baja autoestima, evidencias físicas, bajo rendimiento escolar, agresividad, cambio de actitudes, bajo rendimiento académico y adicciones.

En caso de maltrato ¿QUE HACER?

-detectar maltrato

-buscar ayuda

-compartir y acordar

-reeducación de la familia

(CEPAMyF)

A lo largo de éste capítulo, se ha señalado en qué consiste el DIF, con el propósito de hacer conocer sus funciones y procedimientos, los cuales serán de gran utilidad para nuestro trabajo, es decir, la detección de maltrato físico en menores, siendo éstos nuestros candidatos para la aplicación del test STAIC que a continuación se presenta.

CAPITULO V

STAIC

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN: ANSIEDAD ESTADO/RASGO

FICHA TECNICA

Nombre original: "State-Trait Anxiety inventory for Children".

Nombre en la adaptación: STAIC, Cuestionario de Autoevaluación.

Autor: Charles D. Spielberger y colaboradores.

Administración: individual y colectiva.

Duración: variable, entre 15 y 20 minutos.

Aplicación: niños de 9 a 15 años.

A continuación será descrito el Cuestionario STAIC que fue empleado en el presente estudio, para un mayor conocimiento del mismo:

5.1 FUNDAMENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO STAIC

La ansiedad es un tema muy popular de conversación, lo cual es natural, pues se refieren a la reacción que se produce ante situaciones y experiencias que se consideran amenazadoras o peligrosas que afectan la vida de las personas.

Según Spielberger (1979), la ansiedad se diferencia en dos tipos: la ansiedad como un estado emocional transitorio (estado de ansiedad) y la ansiedad como una característica de la persona (rasgo de ansiedad o ansiedad peculiar). El estado de ansiedad se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica. Cualquiera experimenta de vez en cuando estados de ansiedad, pero existen diferencias entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con la que los experimentan. El término ansiedad peculiar es

empleado para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad; es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso del tiempo.

Para aclarar la diferencia entre la ansiedad como un rasgo inherente de la personalidad y como un estado emocional transitorio, Spielberger analiza la siguiente frase:

“El sr. Smith tiene ansia”

Esto significa que el señor Smith está ansioso ahora o bien que es una persona ansiosa. Si el señor Smith está ansioso ahora, en este momento, implica que está experimentando un desagradable estado de ansiedad. Pero si el sr. Smith es:

“Es una persona ansiosa”

Su nivel promedio del estado de ansiedad probablemente es más alto que en alguna otra persona. Sin embargo, aún cuando el señor Smith pueda ser una persona ansiosa puede o no estar ansioso ahora; todo depende de que interprete el momento presente como algo peligroso.

Las personas que padecen una alta ansiedad peculiar tienden a ver más peligroso el mundo comparadas con las que tienen baja y responden a su

percepción de la amenaza con un mayor incremento a sus estados de ansiedad. Las personas con ansiedad peculiar tienden a ver una amenaza en muchas situaciones.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo se definen de la siguiente manera:

“Los estados de ansiedad son reacciones emocionales caracterizadas por sensaciones subjetivas y conscientes de inquietud, aprensión, nerviosismo y preocupación; la ansiedad peculiar se refiere a las diferencias individuales en la propensión a la ansiedad, es decir, en la tendencia a ver el mundo como algo amenazador y peligroso, así como en la frecuencia con que se experimentan los estados de ansiedad”. (Spielberger op.cit.)

En base a ésta teoría de la ansiedad es como surge el interés de Spielberger por medir la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo, elaborando un cuestionario de autoevaluación cuyas frases describen los sentimientos que experimentan las personas.

La prueba State-Trait Anxiety inventory for Children (STAIC) está destinada a medir específicamente el factor de la *Ansiedad* y ofrece dos evaluaciones de la misma: la ansiedad como *estado* transitorio (fruto, tal vez, de una situación frustrante o problemática) y la ansiedad como *rasgo* permanente en la dinámica personal del sujeto. El STAIC es una extensión de una prueba similar para

adultos, el STAI, en cuyas siglas se añade la C (de children=niños) para indicar a este ámbito.

La elaboración original del STAIC comenzó a finales de 1969. Teniendo presentes otros cuestionarios diseñados para medir ansiedad en niños y contando con la experiencia de la construcción y desarrollo del STAI (para adolescentes y adultos), se elaboró un conjunto inicial de 33 elementos de Ansiedad-Estado y otro de 40 cuestiones de tipo Ansiedad-Rasgo simplificado para su uso con niños escolares. El principal cambio consistió en la reducción de 4 a 3 alternativas de respuestas en cada elemento.

Esos elementos fueron presentados individualmente a niños escolares de 4to. y 5to. año de la enseñanza primaria y se les entrevistó inmediatamente después de la aplicación de la prueba. A partir de los resultados y observaciones recogidas, se revisaron los elementos y se simplificó su contenido, para pasar a una aplicación colectiva a niños de los cursos 4to. y 6to. de centros escolares de nivel socioeconómico bajo, considerando que éstos serían los que presentarían mayores dificultades de comprensión cuando se editase en la forma de un instrumento de autoevaluación.

De esta forma queda diseñado el Cuestionario de Autoevaluación STAIC para niños escolares, cuyo contenido comprende de dos escalas independientes que miden dos aspectos diferenciados: la ansiedad-estado (A-E) y la ansiedad-rasgo (A-R).

La escala A-E se modifica a 20 elementos con los que el niño puede expresar cómo se siente en un momento determinado, y la escala A-R comprende también 20 elementos con los que el sujeto puede indicar cómo se siente en general.

La medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. La medida A-R, por otra parte, intenta evaluar diferencias de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad. (Spielberger 1998)

5.2 MATERIAL PARA LA APLICACIÓN

De acuerdo al Manual de dicho test, es necesario el siguiente material:

*Ejemplar de la prueba

*Plantilla de corrección

*Lápiz

*Goma

5.3 NORMAS DE APLICACIÓN

El primer paso de aplicación del Cuestionario es completar los datos de identificación, poniendo énfasis en la edad y el sexo del sujeto ya que es indispensable para cumplir los objetivos de la investigación.

Las instrucciones necesarias para la aplicación están impresas en el ejemplar, en el cual se les pide que lean y señalen la respuesta que diga mejor cómo se *siente ahora mismo, en este momento*, esto es para la primera parte Ansiedad-Estado. Para la segunda parte se les pide lo mismo a diferencia de que respondan cómo se *sienten en general*, esto es para la parte de ansiedad-rasgo.

En la escala A-E las columnas de respuestas 1 a 3 señalan expresiones de grado en que se presentan los sentimientos: “nada, algo y mucho” para facilitar la corrección y puntuación del manual. En la escala A-R las respuestas expresan la frecuencia: “casi nunca, a veces y a menudo”.

Las instrucciones impresas pueden ser leídas en voz alta por el examinador “cuando se tratan de exámenes colectivos”, mientras los sujetos las siguen mentalmente. En el caso de un examen individual (como en este caso), el sujeto puede leerlas en silencio, y estar presente el examinador para aclarar cualquier duda, pero si se trata de niños pequeños es muy conveniente la lectura por parte del examinador para facilitar la comprensión de la tarea por parte de los mismos.

Los sujetos deben haber comprendido perfectamente la tarea antes de comenzar la prueba, el examinador tendrá que poner un especial cuidado en la comprensión de las instrucciones (contestar COMO SE SIENTE AHORA en la escala A-E, o COMO SE SIENTE EN GENERAL en la escala A-R), y la forma de anotar las contestaciones. Por estas razones es aconsejable que, una vez

comenzada la prueba y durante los primeros momentos, se compruebe el seguimiento de dichas instrucciones, evitando una “fiscalización” de las respuestas concretas que se van dando.

Cuando todos los sujetos han comprendido la tarea se les pide que den la vuelta al impreso, que comiencen a contestar la prueba y que al terminar la primera parte den la vuelta de nuevo al ejemplar y esperen las instrucciones del examinador para continuar con la segunda parte del test.

Una vez finalizada la prueba, y antes de que se retire el sujeto, conviene revisar el material (ejemplar), para comprobar que se han seguido las instrucciones dadas y que ha contestado todas las frases. En caso contrario se pedirá al examinando que responda a dichas frases, ya que un material mal complementado puede invalidar el esfuerzo de toda la aplicación.

5.4 NORMAS DE CALIFICACION

Las contestaciones dadas por el sujeto pueden ser puntuadas con 1, 2 o 3 puntos, de acuerdo con la intensidad del síntoma presentado en cada elemento, y para realizar la suma total de los puntos es necesaria la utilización de la *plantilla de corrección*; en ellas se resumen las instrucciones para su utilización con la ayuda de las tres columnas A, B y C para obtener el número de puntos obtenidos en cada escala.

Los pasos a seguir son los siguientes pasos:

- 1) Se coloca la plantilla sobre el ejemplar de modo que las palabras “nada, algo y mucho” del recuadro A coincidan con las del ejemplar A-E; se suman los puntos obtenidos por las respuestas del sujeto que se transparentan debajo de la plantilla. Estos son los puntos “positivos A”.
- 2) Se coloca de nuevo la plantilla de modo que el recuadro B cubra esa misma zona, y se suman los puntos obtenidos por las respuestas del sujeto que transparentan debajo de la plantilla. Estos son los puntos “negativos B”.
- 3) Se calcula la diferencia “positivos-negativos” y se les suma la constante 40, es decir, la puntuación en A-E = $A - B + 40$.
- 4) Se coloca de nuevo la plantilla de modo que el recuadro C cubra la zona de las respuestas a la escala A-R y se suman los puntos obtenidos por las contestaciones del sujeto. Como no hay elementos negativos de ansiedad esa suma es la puntuación directa en ésta escala A-R.

Normalmente los niños contestan a todos los elementos de la prueba, sin necesidad de tener que obligarlos a que lo hagan. No obstante, si un niño omite uno o dos elementos en A-E o A-R, es necesario llevar a cabo otro tipo de corrección; el cual puede hacerse de la siguiente forma: 1) dividir la puntuación obtenida en los elementos contestados por el número de éstos; 2) multiplicar el

resultado por 20 y ; 3) redondear el producto al valor entero superior. Si por el contrario, el sujeto marca más de una alternativa será eliminada dicha aplicación. Lo más conveniente en primer lugar, es revisar al término de la evaluación que el material sea respondido correctamente para poder hacer las correcciones oportunas, es decir, que el examinando complete o corrija en ese momento sus respuestas para evitar la eliminación del mismo.

5.5 NORMAS PARA LA INTERPRETACIÓN

Una vez obtenidas las puntuaciones directas en el STAIC con la ayuda de la plantilla, es necesario interpretarla. Esto puede hacerse de dos formas: a) en su valor absoluto (atendiendo a la especificación de las conductas ansiosas reconocidas por el sujeto) y b) en su valor relativo mediante la comparación de los resultados directos con los de una muestra normativa y su transformación en una puntuación derivada de significación universal.

En el caso del STAIC, una vez terminadas las fases de construcción y análisis experimentales, se puntuaron de nuevo las respuestas de toda la muestra experimental y sus resultados se consideraron normativos.

El ámbito de aplicación es principalmente escolar, en los baremos se han empleado dos escalas derivadas muy conocidas en estos ámbitos: la *centil* de tipo ordinal que va desde 1 a 99 y la *típica "S"* de media 50, con una desviación típica de 20. En la tabla se presentan los baremos correspondientes

a los dos sexos y en la base se encuentran los estadísticos básicos de los grupos normativos, N (casos), M (media aritmética) y D.t. (desviación típica).

El uso de la tabla de baremos es bastante simple. Una vez obtenidas las puntuaciones directas en ansiedad de un sujeto mediante el uso de la plantilla de corrección, se entra en el cuerpo de la tabla por la columna de escolaridad y posteriormente de su sexo se encuentra el valor directo y a la misma altura se hallan las puntuación centil (Pc en la primera columna de la izquierda) y la puntuación "S" (en la última columna de la derecha). (Spielberger op.cit.)

Tal procedimiento de interpretación nos da la pauta para realizar el análisis de dichos resultados, por tanto en el siguiente apartado entraremos de lleno a la metodología, es decir, la descripción de lo práctico basado en el material teórico anteriormente expuesto.

CAPITULO VI
METODOLOGÍA

Objetivo particular

Evaluar el nivel de ansiedad como estado y como rasgo en niños de 9 a 11 años que son agredidos físicamente y niños que no lo son, mediante la aplicación de la prueba psicométrica STAIC (State-trait anxiety inventory for children).

Variables

-Variable independiente: **maltrato físico.**

Definición conceptual

Según Kempe (1961), es cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico (quemaduras, golpes, hematomas, etc), enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. (Marcovich 1981)

Definición operacional

El niño maltratado físicamente, que acude al DIF y que es diagnosticado como tal por recibir, por parte de un agresor lesiones como quemaduras, fracturas, cicatrices, moretones, hemorragias etc.

-Variable dependiente: **ansiedad**

Definición conceptual

Según Spielberger (1979) la ansiedad se diferencia en dos tipos: la ansiedad como un estado emocional transitorio (estado de ansiedad) y la ansiedad como una característica de la persona (rasgo de ansiedad o ansiedad peculiar).

Definición operacional

Se medirá la ansiedad como estado y como rasgo a través del cuestionario de autoevaluación de ansiedad como estado y como rasgo (Staic).

Hipótesis

***Ht** Existe diferencia en el nivel de ansiedad como estado en niños con maltrato físico del DIF y niños sin diagnóstico de maltrato.

***Ho** No existe diferencia en el nivel de ansiedad como estado en niños con maltrato físico del DIF y niños sin diagnóstico de maltrato

***Ht** Existe diferencia en el nivel de ansiedad como rasgo en niños con maltrato físico del DIF y niños sin diagnóstico de maltrato.

***Ho** No existe diferencia en el nivel de ansiedad como rasgo en niños con maltrato físico del DIF y niños sin diagnóstico de maltrato

Elección de los sujetos experimentales

A continuación se presentarán las características de inclusión

- ✓ edad de entre 9 a 11 años
- ✓ sexo masculino
- ✓ nivel socioeconómico bajo
- ✓ escolaridad Primaria Pública. (4to a 6to año)
- ✓ ubicación geográfica en el Municipio de Naucalpan Centro (Edo. de México).
- ✓ Sexo Femenino

Los sujetos seleccionados pertenecen al (Grupo A) Organismo Público **DIF** (Desarrollo Integral para la Familia), los cuales se tomaron en un período de 7 meses que comprende del 10 de Octubre del 2005 al 10 de Mayo del 2006, siendo estos 30, por tanto se buscó una muestra equivalente en la escuela pública LIC. ISIDRO FABELA (Grupo B). Así nuestra muestra consta de 60 sujetos, 30 para el Grupo A y 30 para el Grupo B, a los cuales se aplicó el cuestionario de autoevaluación STAIC (State-Trait Anxiety inventory for Children) con la finalidad de medir la Ansiedad como Estado y Rasgo.

El **Grupo A** esta conformado por niños maltratados físicamente, los cuales han sido diagnosticados según DIF y el **Grupo B** por los niños sin diagnostico previo de este tipo de maltrato.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

Antes de llevar a cabo la descripción de la aplicación del instrumento, recordemos que anteriormente -como hemos mencionado en el capítulo 4- se siguió un procedimiento para detectar a los niños maltratados físicamente en el DIF (Grupo A), por tanto describiremos tal proceso:

1. La atención de quejas fue el primer paso para empezar con ésta labor. La denuncia que es telefónica o personal, es totalmente anónima, los datos a obtener deben estar completos: fecha, nombre de la víctima: edad, escolaridad y domicilio, tipo de maltrato: físico, psicológico, sexual, negligencia, abandono y nombre del agresor: edad, parentesco y domicilio. Posteriormente se realizó la visita domiciliaria en cada caso, con la finalidad de indagar o investigar la situación familiar, esta información fue corroborada con entrevistas tanto a los miembros de la familia en investigación, como a los vecinos, familiares o escuelas. Otro objetivo de la visita domiciliaria es la entrega del citatorio, ya que aquí se especifica cuando deben presentarse y quienes (agresor y víctima).

2. Al presentarse (agresor y víctima) a la cita se entrevistó a los padres, se les informó de la atención que proporciona cada una de las áreas (trabajo social, médico, psicólogos, etc), se hizo conocimiento del por qué? de la cita, después se entrevistó a los menores para dictaminar el tipo de maltrato y para finalizar, la revisión médica en presencia de los padres para verificar lesiones físicas –señaladas en el capítulo 5- como hemorragias, hematomas, quemaduras, fracturas, escoriaciones y alopecia.

3. Por último, la investigación del área psicológica, la cual consistió en entrevistar psicodiagnóticamente para evaluar si existían factores individuales, actitudinales, comportamentales, sociales, biológicos, etc, que pudieran suscitar el maltrato. En caso de maltrato físico se inició una entrevista individual al o los menores reportados como víctimas o receptores del maltrato. Se estableció Rapport, es decir, se brindó confianza explicándoles que la información que nos proporcionarán es confidencial, cuyo fin es el detectar que tipo de problemática sufre y la importancia que tiene la intervención para poder lograr el objetivo de orientarlos.

Es de suma importancia también mencionar que después de la investigación del área psicológica a los sujetos que fueron detectados con maltrato físico, se les aplicó la prueba STAIC, es decir, la prueba fue aplicada antes de cualquier tratamiento o intervención psicológica. Por lo cual la aplicación se describirá en dos etapas:

Etapas 1

El Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad fue aplicado a 30 infantes diagnosticados con "MALTRATO FÍSICO" por el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en un período de 7 meses como anteriormente se mencionó. Tales fechas de aplicación no fueron planeadas ya que esto dependía de como se fueran presentando las denuncias de dichos casos.

La aplicación de la prueba STAIC se realizó en un cubículo de aproximadamente 4 x 4 metros cuadrados de color blanco, puerta de madera con ventana de cristal, en cuyo interior se encontraba un escritorio, una computadora, 3 archiveros y 3 sillas.

En base a las instrucciones del cuestionario de ansiedad, se les indicó que señalarán la respuesta de acuerdo a sus sentimientos y el grado de éstos, "nada, algo y mucho". Antes de contestar la prueba se preguntó si había comprendido las instrucciones, al ser afirmativa la respuesta se pidió que comenzara.

"En la segunda parte encontraras unas frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES EN GENERAL, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE".

Al ser comprendida la tarea se le pidió nuevamente dar vuelta al ejemplar y señalar la respuesta de acuerdo a la frecuencia: “casi nunca, a veces y a menudo”. No se descartó ninguna prueba ya que todas fueron contestadas correctamente..

La actitud de la mayoría de los examinandos fue de cooperación, atención, se manifestaban como informantes confiables y accesibles, se empatizó fácilmente con los mismos. Al principio de la aplicación del cuestionario se mostraron tímidos, cohibidos, retraídos, miedosos y algunos por lo contrario se comportaron rebeldes, agresivos, vociferando palabras altisonantes o indiferentes.

Etapas 2

La aplicación de la prueba **STAIC** al Grupo B (niños sin diagnóstico previo de maltrato físico) se realizó en un periodo de 3 semanas (10/Octubre/2005 al 28/Octubre/2005) en la Escuela Primaria LIC. ISIDRO FABELA . Este cuestionario se aplicó de manera individual, de dos a tres niños por día dando un total de 35 niños.

El lugar en que se llevó a cabo fue en un salón de clases de la misma institución, el cual media aproximadamente 6 metros de largo por 7 de ancho, este contaba con un pizarrón de gis , un estante para material escolar , 35 bancas para los alumnos, iluminación en toda el área y buena ventilación.

Se fue llamando a uno por uno de los sujetos seleccionados los cuales debían de presentar ciertas características ya mencionadas.

Material requerido para contestar la prueba:

- ❖ Cuestionario de la prueba STAIC
- ❖ Lápiz del No. 2 ½
- ❖ Goma
- ❖ Sacapuntas

Inicio de la Aplicación

Se le pidió a cada sujeto que fuera entrando al salón de clases, que tomara asiento en una de las bancas de adelante, la cual era de madera color gris, se le iba dando el cuestionario, lápiz y goma. Se comenzaron a explicar las instrucciones las cuales son: el cuestionario que se divide en dos partes, en la primera se elegirá sólo una respuesta (nada, algo, mucho) teniendo que contestar como se sentía en ese momento, para así poder leer cada oración y marcar con un cruz la que más se acercara. El tiempo aproximado para esta parte por sujeto fue de 15 min.

En la segunda parte se les pidió que contestaran cada pregunta (casi nunca, a veces y a menudo), pero ésta vez como se sienten en general. Esta parte duró aproximadamente de 10 a 15 min.

Algunos de los sujetos no se mostraban tan colaboradores, puesto que pensaban que era un examen, el cual se les iba a asignar una calificación y esto se notó en que no se contestaron en algunos cuestionarios todas las preguntas o marcaron dos opciones, por lo consiguiente se descartaron 5 pruebas quedando así 30 sujetos.

ANALISIS Y RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

En base a las hipótesis planteadas y al procedimiento que se llevó a cabo, se obtuvieron los siguientes resultados a través de la aplicación estadística de la prueba t student con el fin de conocer si existe alguna diferencia de ansiedad como estado y como rasgo en niños maltratados físicamente (grupo A) y en niños que no han recibido este tipo de maltrato (grupo B):

Ht : $X1 = X2$

Ho: $X1 = X2$

Resultados Obtenidos

A-E/PD	A-E/PD	A-R/PD	A-R/PD
*A	*B	*A	*B
X1	X2	X1	X2
38	26	32	30
36	36	42	39

27	29	39	29
33	28	34	32
34	49	38	27
38	29	34	35
38	23	40	40
32	31	45	29
26	35	41	38
34	44	47	35
40	35	36	39
43	30	49	32
51	41	49	37
47	42	40	31
32	31	44	36
40	24	42	25
51	38	49	26
41	27	36	26
34	32	27	38
42	40	36	40
28	34	42	37
25	41	22	41
33	29	43	32
42	22	48	29
30	42	33	38
28	33	47	42
22	35	24	34

26	25	25	33
28	27	35	28
35	26	34	35

ANSIEDAD COMO
ESTADO

n1= 30	n2=30
X1=35.13	X2=32.8
{X1=1054	{X2=984
{X2/1=38658	{X2/2=33664

ANSIEDAD COMO RASGO

n1= 30	n2=30
X1=38.43	X2=33.76
{X1=1153	{X2=1013
{X2/1=45981	{X2/2=34919

Análisis Estadístico

**T student de ansiedad como estado*

$$t = X1 - X2 / SDX$$

$$t = 35.13 - 32.8 / 1.85$$

$$t = 2.33 / 1.85$$

$$t = 1.22$$

**T student de ansiedad como rasgo*

$$t = X1 - X2 / SDX$$

$$t = 38.43 - 33.76 / 1.64$$

$$t = 4.67 / 1.64$$

$$t = 2.84$$

Grados de libertad

$$gl = n1 + n2 - 2$$

$$gl = 58$$

Nivel de significación para *prueba de 2 colas* = 0.05

Prueba de Hipótesis

$T_c > T_t$ se rechaza H_0

*Ansiedad como estado

1.25 < 2.00 se acepta Ho

*Ansiedad como rasgo

2.84 > 2.00 se rechaza Ho

Siendo estos nuestros resultados obtenidos, podemos decir que en nuestra primera hipótesis, no existe diferencia de ansiedad como *estado* entre los niños maltratados físicamente (grupo A) y los niños sin diagnóstico de maltrato (Grupo B), es decir, ambos grupos presentan reacciones emocionales frente a situaciones específicas que son amenazantes, caracterizadas por sensaciones subjetivas y conscientes de inquietud, aprensión, nerviosismo y preocupación.

Por lo contrario, en la segunda hipótesis planteada se encontró que si existe diferencia de ansiedad como *rasgo* entre el Grupo A y el Grupo B, los niños maltratados físicamente presentan mayor ansiedad que los niños sin diagnóstico de maltrato, es decir, estos niños maltratados tienden a experimentar la ansiedad como un rasgo inherente de su personalidad.

CAPITULO VII
CONCLUSIONES

Para poder analizar los resultados obtenidos es necesario retomar la teoría de Spielberger (1979), en la que se basa este estudio. Por tanto comenzaremos por recordar que la ansiedad se da en función de 2 facetas, la ansiedad como estado y como rasgo, la ansiedad como estado emocional transitorio y la ansiedad de rasgo como una característica de la persona.

De acuerdo a la teoría de Spielberger (1979), los resultados arrojados de ésta investigación señalan que no existe diferenciación de ansiedad como estado entre ambos grupos, tanto en menores maltratados como no maltratados, los dos grupos presentan estados transitorios de ansiedad. Estas respuestas pueden atribuirse al momento en que los menores con diagnóstico de maltrato físico asistían a sus primeras entrevistas y se determinaba si existía el maltrato. El ambiente se mostraba tenso pues los padres se mostraban rígidos, agresivos, apáticos, negaban la situación o trataban de encubrir la problemática. Los niños se mostraban nerviosos, tímidos o por lo contrario, rebeldes, evasivos, por tanto las respuestas eran negadas. Lo cual, nos demuestra que efectivamente aparte de ser evidentes los golpes, moretones, cicatrices, etc (maltrato físico), los niños eran amenazados o aleccionados para mentir sobre el origen de sus síntomas o lesiones físicas, las cuales las hacen pasar por accidentes o son justificados por lo padres atribuyendo todo al comportamiento del niño, “es travieso, inquieto, se porta mal, no obedece y que por ello les ha pasado tal situación”.

En cuanto al grupo de niños sin diagnóstico de maltrato, presentaron de igual forma ansiedad estado que se atribuye al momento de la

aplicación, ya que los niños percibían la prueba como una evaluación, lo cual les preocupaba y angustiaba, por tanto sus respuestas fueron significativas. Esto se relaciona con la ansiedad de estado que mide, “como se siente en ese momento”

Sin embargo, en los resultados de ansiedad como rasgo, se encontró una desigualdad entre ambos grupos, es decir, los niños maltratados físicamente presentan mayor ansiedad que los niños no maltratados. Estos niños padecen una alta ansiedad siendo ésta ya una característica de su personalidad, puesto que tienden a ver y sentir el mundo como algo amenazante.

La ansiedad manifestada puede atribuirse a varios factores, en primer lugar, los padres tienen expectativas que no van acorde a la edad evolutiva del niño, no controlan sus sentimientos de enojo y justifican al decir “que los sacan de sus casillas”, que el castigo es un instrumento correctivo para que el niño entienda y aprenda aunque sólo tenga efectos temporales para evitar las malas conductas de los niños. Esto podría deberse a que los padres han aprendido de generación en generación que “así” se educa a un hijo porque ellos fueron educados de ésta misma manera, emplean los golpes (maltrato físico) cuando, como padres no poseen otro tipo de habilidades o recursos para educar como lo es la comunicación, la negociación, el marcar límites y reglas claros.

Dados los resultados podemos concluir que ésta diferencia de ansiedad como rasgo entre niños maltratados y niños sin diagnóstico previo de maltrato, se atribuye también a la “familia”, espacio y centro primario donde el niño se

desarrolla físicamente y satisface sus necesidades emocionales. Sin embargo, estos propósitos de bienestar para el niño no siempre se cumplen en todas las familias, habrán algunas en las que predominen los conflictos, la frialdad, la falta de equilibrio, una atmósfera de tensión, imperará la ignorancia, la miseria, los vicios y carencias de afecto. Lo que propiciará la existencia de desintegración familiar, el manejo de la agresión, lo cual, no hace posible el desarrollo sano, ni proporciona una vida placentera para el niño.

La etiología del maltrato no sólo se atribuye a la familia por su tamaño y calidad sino también por las características de sus integrantes, del estilo de crianza empleado, de la falta de control de los padres cuando están enojados, cuando no hay una explicación clara de reglas y límites, de las equivocadas expectativas de los hijos, de la justificación cultural del uso de la fuerza física contra los menores por el simple hecho de que éste es propiedad de sus padres (como la historia lo demuestra con Aristóteles, el cual señalaba “que un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto” (Grosman op.cit.), de problemas conyugales, económicos, de adicción o de carencias afectivas de los padres durante su infancia, etc.

Como se puede ver las causas son diversas, por ende, un niño que vive y experimenta situaciones de ésta índole puede presentar síntomas de ansiedad como resultado de la problemática existente, que en este caso es el maltrato. (Duarte op.cit.) La ansiedad es una consecuencia del empleo de la agresión y de la violencia, es una reacción o respuesta, en el cual el sujeto se siente

amenazado por un peligro difuso, experimenta ansiedad al revivir recuerdos desagradables e imagina situaciones amenazantes.

Esta reacción de ansiedad a su vez va acompañada de síntomas físicos y psicológicos como: palpitaciones, dilatación de pupilas, temblores en pies y cuerpo, náuseas, dificultad respiratoria, en cuanto a las psicológicas presentan inquietud (nerviosismo), desasosiego, vivencias de amenaza, temores difusos, pérdida de energía, disminución de la atención, perder el control, etc. (Rojas op.cit.)

Durante el estudio nos encontramos con las siguientes limitantes:

- Falta de cooperación por parte de los padres al asistir al DIF y al realizar la entrevista.
- Poca disposición con algunos de los sujetos para contestar el cuestionario de ansiedad que se les aplicó.
- El tiempo de detección y diagnóstico del maltrato físico se prolongó un poco más de lo programado: de 4 meses a 7 meses, debido a que dependía de como se fueran presentando las denuncias de dichos casos, por lo que no era posible que el tiempo fuera como se había planeado. Durante este periodo de 7 meses se logró formar una población total de 60 sujetos, lo cual, nos permite ver las limitantes del estudio, una de ellas es el tamaño de la población

como ya se mencionó, la exclusión del género femenino, el lugar de aplicación (Edo. De Mex.) , nivel socioeconómico y la edad. Por lo consiguiente nos es imposible generalizar los resultados arrojados del estudio. Se sugiriere ampliar la muestra , la edad, el sexo, aplicación en otros lugares tanto en instituciones del DIF como en diversas escuelas oficiales.

La prueba STAIC ha sido traducida a la versión española, sin embargo consideramos que fue útil la aplicación del test para la población mexicana, ya que pudimos obtener resultados y por ende diferencias entre ambos grupos (niños maltratados del DIF y niños sin diagnóstico de maltrato), dicha aplicación sería obsoleta si no hubiesen diferencias estadísticas.

La ansiedad que presentaron los niños ante la prueba fue anteriormente considerada, pues cualquier persona presenta ansiedad ante cualquier evaluación. Dentro de nuestro objetivo es medir la ansiedad de acuerdo a los reactivos del cuestionario, no importando cual sea el estímulo causante de la ansiedad, sino el obtener si los niños presentan ansiedad como un estado transitorio o como un rasgo inherente de su personalidad.

A pesar de las limitantes que se presentaron se hizo posible esta investigación, por tanto, podemos decir que a través del maltrato físico que ejercen los padres, tutores o terceras personas que están al cuidado de los menores, pueden generar la ansiedad cuyos síntomas tanto físicas como psicológicas afectan el crecimiento y desarrollo del menor, es decir, que el tipo de crianza o

de educación marca una diferencia entre aquellos niños que atraviesan por este tipo de circunstancias y entre los niños que experimentan un trato más accesible, una educación democrática donde se les permite opinar, sentir y pensar de acuerdo a su edad cronológica y etapa evolutiva.

Aún cuando este estudio tenía como objetivo encontrar diferencias de ansiedad tanto en estado como rasgo de ambos grupos, al obtener los resultados, no sólo podemos limitarnos a la descripción de los mismos, sino que nos atrevemos a proporcionar recomendaciones a los padres de familia para prevenir el maltrato físico en el menor. Las cuales consisten en:

- ✓ Buscar apoyo y/o información en las instituciones gubernamentales (DIF), que abordan ese tipo de problemáticas, ya sea para la prevención o intervención en caso de maltrato físico.
- ✓ Asistir a talleres y pláticas de orientación para padres con el fin de aprender y saber que existen otro tipo de habilidades, herramientas o recursos para educar a sus hijos y propiciar un mejor ambiente familiar.
- ✓ Dejar a un lado los mitos tradicionalistas de la crianza autoritaria de los hijos, es decir evitar los golpes, rasguños, moretones, etc., ya que éstos no son la mejor alternativa, ni

son eficaces, pues sólo tienen un efecto temporal para evitar las malas conductas de los niños.

- ✓ Para finalizar, es necesario educar a los hijos a través de la comunicación, la negociación, el marcar límites y reglas claras.

BIBLIOGRAFIA

- Arias BV. Representación social del niño maltratado. Tesis Lic. en Psicología de la conducta social. Universidad de las Américas. 1994. 121 p.
- Arruabarrena MMI. *Maltrato a los niños en la familia*. Pirámide; Madrid (España):1994.184 p.
- Ayala VH. *et al.* “Factor de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar”. *Salud Mental*. Vol. 25. No. 3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2002. 27-40 p.
- Bobes GJ. *Trastornos de ansiedad generalizada*. Psiquiatría Ars, Medica; Barcelona (España): 2002 . 224 p.
- Buchelli SG. “Un acercamiento al abuso sexual infantil”. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 7. No. 1. 1999. 45-55 p.
- Craig JG. *Desarrollo Psicológico*. 8ª. Traductor: José Carmen Pecina Hernández. Pearson Educación; México: 2001. 696 p.

- Centro de prevención y atención al maltrato y la familia (CEPAMyF) en el sistema. DIF. Edo. de México
- Del Valle OS. El maltrato físico como consecuencia de los estilos de crianza inadecuados. Tesis Lic. en Psicología. Estudios Superiores Iztacala. 2000. 113 p.
- Duarte P. Maltrato y abuso sexual a los niños. Asociación mexicana contra la violencia a las mujeres y UNICEF; México: 1994/1995. 8 p.
- Echeburúa OE. *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Pirámide; Barcelona (España): 1997.104 p.
- Félix LGA. *et al.* "Maltrato infantil y violencia intrafamiliar: estudio realizado con padres de niños preescolares". *Psicología y Salud*. No. 7. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. 1996. Nueva Epica. 55-73 p.
- Galindo RSE. Organización del centro de prevención y atención al maltrato y la familia (CEPAMyF). DIF. Subdirección de desarrollo Institucional; Cd. de México: 1997.
- Gallardo CJA. *El maltrato físico hacia la infancia: sus consecuencias socioafectivas*. Universidad de Málaga; Málaga (España): 1998. 220 p.

- García E. “El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: percepciones de padres e hijos”. *Psicothema*. Vol. 7. No. 2. 2002. 274-279.
- Gobierno del Estado de México. Consejo mexicano de adopciones. Información básica DIF.
- Gómez FS. Los niños y su percepción del castigo. Tesis Lic. en Psicología de la conducta social. Universidad de las Américas. 1999. 92 p.
- Grosman PC. *Maltrato al menor: el lado oculto de la escena familiar*. Universidad; Buenos Aires (Argentina): 1992. 372 p.
- Jalenques CL. *Los cuadros de ansiedad en el niño*. Masson; Barcelona (España):1994. 237 p.
- Kozicki. *et al.* “¿Por qué motivaciones y con qué frecuencia los padres castigan a los hijos?”. *Salud Mental*. Vol. 22. No. 4. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2002. 15-22 p.
- Loosli – usteri M. *La ansiedad en la infancia: estudio psicológico y pedagógico*. 2ª. Morata; Madrid (España):1955. 206 p.
- Loredó AA. *Maltrato al menor*. Mc Graw Hill; México: 1994.162 p

- Marcovich KJ. *Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado*. 1ª.ed. Editores Mexicanos Unidos; México: 1981. 210 p.
- Padován CN. *Conozcamos al niño*. Ediciones búsqueda; Buenos Aires (Argentina):1972. 146 p.
- Papalia ED. *Desarrollo humano*. 8ª. Traductor. Ona Jurksaitis Lukauskis, Md. Mc. Graw-Hill; Bogotá (Colombia):1993. 138 p.
- Pérez DAE. *La declaración de los derechos del niño y el proyecto de convención ante la procreación asistida*. Publicaciones UNAM; México: 1990. 79-89 p.
- Rojas E. *La ansiedad*. Temas de hoy. Madrid (España):1998. 227 p.
- Rojas VI. El maltrato infantil en niños con discapacidad. Tesis Lic. en Psicología. Estudios Superiores Iztacala. 2002. 129 p.
- Reyes PN. El maltrato físico al menor entre 0 y 10 años de edad atendidos en el DIF. Tesis Lic, en Trabajo Social. Universidad Don Vasco, UNAM. 2001. 187 p.
- Salguero VMA. *et al.* "Involucramiento paterno en el cuidado y atención del infante". *Psicología y Salud*. No. 6. Instituto de Investigaciones

- Psicológicas de la Universidad Veracruzana.1995. Nueva Epica. 181-190 p.
- Salguero VMA. *et al.* "Sentimientos maternos posteriores al incidente de maltrato infantil como medida disciplinaria". *Psicología y Salud*. No. 9. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.1997. Nueva Epica. 29-35 p.
 - Spielberger CD. *Tensión y ansiedad*. Harper & Row Latinoamericana; México: 1979. 127 p.
 - Spielberger CD. *STAI/C*. 2ª.ed. TEA ediciones; Madrid (España): 1998. 20 p.
 - Torres EK. *Ansiedad en las niñas con calificaciones de 9 y 10*. Tesis Lic. en Psicología. Centro Cultural Universitario Justo Sierra. 2003. 104 p.
 - Vicente EC. *Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Siglo XXI.; Madrid (España): 1997. 749 p.
 - Vallejo RJ. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2ª ed. Masson; Barcelona (España): 2000. 901 p.

- Wicks NR. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Prentice may; Madrid (España):1997. 494 p.