

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANSIEDAD EN NIÑOS CON MALTRATO,
INSTITUCIONALIZADOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

LETICIA ADRIANA RIVERA CASTAÑEDA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

ASESORA: MTRA. GUADALUPE B. SANTAELLA HIDALGO

**REVISORES: LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA
LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA
MTRA. EVA MARIA ESPARZA MEZA**

APOYO DEL PROYECTO PAPIIT No. IN302706-2

México, D.F., 2009



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.

La realización del presente trabajo fue posible gracias a la beca otorgada por el proyecto DGAPA, Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT No. IN302706-2

**“FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL Y
PSICOPATOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL”**

**Responsable del Proyecto: Dra. Amada Ampudia Rueda
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México**

*El incomparable valor de la lucha... es el reconocer que existe el
miedo, pero que aún existiendo, no importase...
y aún importando, se llegue... al fin.*

Leticia Adriana Rivera Castañeda, 2008.

AGRADECIMIENTOS

- A DIOS, por poner en mi camino a las personas adecuadas que me orientaron para poder realizar este trabajo, por todas las alegrías y tristezas que ha puesto en mi vida permitiéndome aprender de ellas y ser mejor.
- A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme su apoyo incondicional para mi desarrollo y desempeño profesional, orgullosa de pertenecer a tan reconocida institución.
- A mi directora de tesis, la Dra. Amada Ampudia Rueda por haberme orientado y haber dirigido con éxito este trabajo y llevarlo a su fin, gracias por todo doctora.
- A mis sinodales y profesores, Mtra. Guadalupe Santaella, Mtra. Eva Esparza, Lic. Leticia Bustos y Lic. Araceli Mendoza que con su apoyo y guía fueron piezas importantes en mi formación profesional y para llevar a término este trabajo, gracias maestra Eva por creer en mí.
- Al Albergue Temporal por su apoyo y a todos y cada uno de los niños que con su colaboración hicieron posible este trabajo, gracias pequeñitos.

DEDICATORIAS

- Dedicado a mis padres, que con su apoyo incondicional fueron pieza importante para la realización de este trabajo.
- A mi mamá, porque desde pequeña siempre estuvo a mi lado, me enseñó la alegría de la vida, de hacer las cosas con amor y entusiasmo, porque siempre me escuchó con amor y me reprendió con prudencia, con el propósito de que aprendiera a luchar y progresar en la vida. **TE AMO MUCHO MAMÁ.**
- A mi papá, por enseñarme que las cosas por más difíciles que parezcan se pueden lograr, porque de la vida él me enseñó a tener la entereza, la fortaleza y el coraje suficiente para enfrentar los problemas, porque me enseñó con su ejemplo a ser la mejor y no conformarme. **GRACIAS PAPÁ, TE QUIERO MUCHO.**

¡Gracias por la hermosa familia que construyeron y gracias a Dios por habérmela dado a mí, los amo!

- A mi mejor amiga y confidente, compañera de juegos, risas, enojos, desvelos... mi hermana, gracias por estar a mi lado, escucharme y orientarme cuando lo he necesitado. **TE QUIERO MUCHO LUPITA.**
- A mi familia, abuelitos, tíos, primos que han confiado en mí y me han acompañado en los momentos importantes de mi vida.
- A Héctor por ser ejemplo de que uno llega hasta dónde uno quiere, por creer en mí y animarme a finalizar este trabajo, gracias por estar a mi lado Y a todos mis amigos por su valiosa amistad, porque han formado parte de mi vida y les agradezco por haber estado ahí.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES..... i - xiv

CAPÍTULO I. MALTRATO INFANTIL

1.1.	Antecedentes históricos y definición del maltrato infantil.....	01
1.2.	Etiología del maltrato infantil.....	08
1.3.	Tipología del maltrato infantil.....	13
1.4.	Consecuencias psicosociales del maltrato.....	16
1.5.	Los mecanismos de adaptación a la violencia.....	19

CAPÍTULO II. INSTITUCIONALIZACIÓN

2.1.	División de las instituciones.....	21
2.2.	Albergue Temporal de la P.G.J.D.F.	24
2.3.	Derechos de los niños.....	26

CAPÍTULO III. ANSIEDAD

3.1.	Enfoques teóricos explicativos de la ansiedad.....	33
3.2.	Ansiedad Infantil.....	36
3.3.	Trastornos de ansiedad en la infancia.....	43

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1.	Justificación y planteamiento del problema.....	46
4.2.	Objetivo general.....	48
4.3.	Objetivos específicos.....	48
4.4.	Hipótesis conceptual.....	49
4.5.	Hipótesis específicas.....	49
4.6.	Variables.....	50
4.7.	Definición de variables.....	50
4.8.	Muestra.....	52
4.9.	Sujetos.....	52
4.10.	Tipo de estudio.....	52
4.11.	Diseño de investigación.....	53
4.12.	Instrumento.....	53
4.13.	Procedimiento.....	55
4.14.	Análisis Estadístico.....	55

CAPITULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1.	Estadística descriptiva de variables sociodemográficas.....	58
5.2.	Estadística descriptiva de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R).....	62
5.3.	Estadística inferencial no paramétrica (Ji cuadrada) de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R).....	66

CAPITULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

	Discusión.....	72
	Conclusión.....	80

	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
--	--	-----------

RESUMEN

Se considera que en la problemática del maltrato infantil se ha observado un incremento importante en los índices de agresiones hacia los niños, así como el ingreso de los menores a este tipo de instituciones de Asistencia Social. Datos que se confirman en las cifras que el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) en donde se señala que entre 2002 y 2004, hubo un incremento en las cifras tanto de denuncias, como de maltrato infantil corroborado. Sin embargo, su incidencia sigue siendo difícil de determinar porque no representa la incidencia real del problema (Ampudia, Sánchez y Sarabia, 2008). Entre las consecuencias emocionales más importantes que estos menores presentan y que alteran su desarrollo, es la ansiedad. Por lo que, es de suma importancia conocer el nivel de ansiedad que manifiestan estos niños, ya que los trastornos de ansiedad tienen un peso extraordinariamente importante en la psicopatología infantil (Echeburúa, 1998). Además en nuestro país existe poca investigación al respecto. De ahí que el objetivo de este estudio fue identificar y comparar el nivel de ansiedad en un grupo de niños con antecedentes de maltrato que recién ingresan al Albergue Temporal de la P.G.J.D.F. con un grupo de niños escolarizados no institucionalizados sin antecedentes de maltrato. Se consideraron para este estudio a través de un muestreo intencional por cuota, dos muestras, la primera de 61 niños institucionalizados con antecedentes de maltrato del Albergue Temporal de la P.G.J.D.F. y la segunda de 61 niños sin antecedentes de maltrato, a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) (Reynolds y Richmond, 1997), integrada por cuatro áreas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. En los resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad total y en las cuatro áreas del instrumento, reflejando que los niños con antecedentes de maltrato presentan un nivel de ansiedad más elevado, así como en las cuatro subescalas del instrumento, en comparación con los niños no maltratados, condición que deberá ser atendida y que sugiere la necesidad de realizar investigaciones en donde analicen estos aspectos, dado que es de suma importancia dentro de la clínica infantil.

Palabras clave: Ansiedad, Maltrato Infantil e Institucionalización.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el problema del maltrato infantil en nuestro país va en aumento, las cifras reportadas por el INEGI (2007), reflejan que el maltrato a los niños es alarmante, cientos de niños han sido objeto de abuso y maltrato a manos de sus padres, parientes o personas más cercanos a ellos. Convirtiéndose en un problema con múltiples causas, determinado por fuerzas que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y en la cultura donde éste se desenvuelve (Ampudia, 2007) y los estudios sobre cómo repercute dicha experiencia traumática en la conducta ansiosa del niño son muy escasos, a pesar que se han encontrado estudios como los de Ampudia, Sánchez y Sarabia (2007) y Ampudia, López-Arce, Rivera, y Valencia (2008) que hacen referencia a la presencia de ansiedad en el menor víctima de maltrato, no obstante, poco se ha profundizado en estudios comparativos.

Abordar dicha problemática social es un punto de partida importante y determinante para minimizar los efectos del maltrato en la vida posterior del niño víctima de abuso, con el fin de que su desarrollo tome la causa y el rumbo adecuado que se vio afectado e interrumpido con el maltrato, así como, romper una cadena de patrones de comportamiento en donde la violencia en la mayoría de los casos se repite de generación en generación, como lo menciona Ampudia (2006) y Romero (2005), que muchos de estos niños maltratados se convierten en padres abusivos y comienzan a maltratar a sus propios hijos. Por tanto, es muy importante y necesaria la tarea de investigar dicho fenómeno, con el fin de elaborar las herramientas necesarias para la prevención y tratamiento del maltrato.

Para este proyecto se consideran estudios preliminares sobre ansiedad; se analiza también estudios sobre el maltrato infantil e institucionalización en relación con la ansiedad.

El primer capítulo plantea el tema del maltrato infantil, abordando la definición, los antecedentes históricos, etiología y tipología del maltrato infantil, se revisan también las consecuencias psicosociales en el menor y los mecanismos de adaptación a la violencia.

Con respecto al segundo capítulo, se considera el tema de la institucionalización, su definición, la división de las instituciones, así como, de aquellas instancias encargadas de albergar a niños que han sido víctimas del algún tipo de delito como lo es el Albergue Temporal de la P.G.J.D.F. y finalmente se consideran los derechos de los niños como parte final de este capítulo.

En el tercer capítulo se aborda el tema de la ansiedad, su definición, los enfoques teóricos que explican la conducta ansiosa, la ansiedad infantil y los trastornos de ansiedad en la infancia.

En el cuarto capítulo se plantea la metodología propia de la investigación, en el quinto capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos de dicho estudio, y en el sexto capítulo se incluye la discusión y las conclusiones a las que se llegó en el estudio, describiendo además los principales hallazgos de este trabajo.

ANTECEDENTES

El estudio de la ansiedad, es una conducta que ha sido abordada y analizada desde diversos enfoques y distintas perspectivas, que van desde un contexto social hasta posiciones puramente biológicas.

El comportamiento ansioso en el niño, se debe al inevitable sufrimiento que le provoca la dependencia. Pero también, es parte de los propios procesos normales del desarrollo. De tal manera, que la angustia forma parte de la vida de todo niño. Sin embargo, se ha encontrado que puede ser también la traducción de una evolución de carácter patológico (Poyuelo, 1984).

Por lo que, en el estudio de esta problemática, se encuentran algunas investigaciones que se han dirigido a la revisión sobre el fenómeno de la ansiedad en niños y desde diferentes perspectivas han aportado información muy valiosa sobre el tema tratado.

Desde una perspectiva biológica, Weems (2005) estudió la respuesta fisiológica y la ansiedad infantil en 49 niños a los que les presentó un estímulo medianamente fóbico, considerando como respuestas fisiológicas medibles: la tasa cardiaca y la respuesta galvánica. A dicha evaluación se agregó un informe de los padres sobre los síntomas de ansiedad y los prejuicios cognoscitivos que observaban en sus hijos. Los resultados indicaron que la tasa cardiaca aumentaba en aquellos niños que los padres registraban mayores síntomas de ansiedad y prejuicios. En el estudio se señala además la reciprocidad que existe en los niños con prejuicios cognoscitivos, que experimentan niveles altos en la tasa cardiaca, como un indicador de desórdenes de ansiedad en un futuro.

Bernstein y Zvolensky (2006) por su parte realizaron un análisis multinacional sobre la ansiedad en países como Canadá, Estados Unidos, México, Francia, España y Países bajos con una muestra de 2, 741 participantes a los cuales se les

aplicó ASI-R (Revisión del Índice de Sensibilidad de Ansiedad), el instrumento media síntomas cardiovasculares, respiratorios en situaciones públicas y finalmente la inhabilitación mental. Los resultados (publicados en otro artículo) indican que existió entre los diferentes países una diferencia significativa de la sensibilidad a la ansiedad, la cual varió del 11.5 al 21.5%.

Por otro lado, Cole, Truglio y Peeke (1997) estudiaron la relación entre los síntomas de ansiedad y depresión en los niños, los resultados obtenidos del estudio sugieren una alta correlación entre los síntomas de depresión y ansiedad. Los datos apoyan la construcción de un modelo unificado para los niños más jóvenes que es consistente con un factor dual o un modelo tripartito de depresión y ansiedad en los niños mayores.

El comportamiento ansioso en el niño ha sido motivo de estudio para muchos investigadores, como es el caso de las siguientes investigaciones que se han enfocado en el estudio de la ansiedad en niños que experimentan o experimentaron algún tipo de violencia.

Rodríguez (2003) estudió sobre la disciplina paternal y el potencial de abuso en sus hijos, utilizó 42 niños de Nueva Zelanda de entre 8 a 12 años, que participaron con sus padres, las medidas sobre depresión y ansiedad que reportaron los niños, se compararon con las contestaciones de padres sobre la disciplina física que éstos empleaban y el potencial de abuso. Se encontró que los síntomas de ansiedad y depresión eran más altos en esos niños cuyos padres informaron tener las prácticas de disciplina más ásperas, y con un potencial de abuso mayor. La autora señala que lo mismo sucede con el nivel de ansiedad y depresión, el cual suele ser más alto en niños maltratados, en comparación con niños en donde el abuso no está presente.

Por otra parte, Graham (1996) realizó un estudio sobre las preocupaciones familiares, analizando el grado de ansiedad interpersonal en los niños con familias

violentas y con niños de familias no violentas. Analizó las preocupaciones de los niños acerca de las conductas de personas significativas dentro de la familia, utilizando la Escala de Preocupaciones Familiares en 121 niños de entre 7 y 12 años pertenecientes a familias violentas y no violentas. Ellos respondían en una escala de cuatro puntos, qué tanto les preocupaba aproximadamente alrededor de 20 conductas de cinco miembros familiares: padre, madre, hermana, hermano, y él mismo. Los resultados indican que en la violencia doméstica, los niños significativamente se preocuparon más por la vulnerabilidad de sus madres, hermanos, y hermanas. Observando una mayor preocupación sobre la conducta dañosa de sus padres en comparación con el grupo control.

Mennen (2004) estudió los síntomas del trastorno por estrés postraumático en los niños latinos abusados, donde evaluó la relación de los síntomas del trastorno por estrés postraumático a otros síntomas (características del abuso y demográficos). Los resultados indicaron que éstos niños tienen una amplia gama de ansiedad, en donde algunos niños pueden presentar un alto nivel sintomático, mientras que otros presentan muy pocos síntomas.

Lipovsky, Saunders y Murphy (1989) estudiaron la ansiedad, depresión y problemas de conducta entre las víctimas de abuso sexual infantil y hermanos no abusados. Considerando para ello 88 niños víctimas de abuso y 101 hermanos que no experimentaron el abuso. Se utilizó el Inventario de Depresión para Niños (CDI), y la Escala State- Trait Anxiety Scale for Children. Los resultados indicaron niveles más altos de depresión y ansiedad en los niños abusados en comparación con los hermanos que no fueron abusados.

Ahora bien, el estado anímico de los padres es fundamental y de suma importancia para el niño, por ello se mencionan algunas investigaciones que han analizado la ansiedad en las figuras parentales y cómo afecta al menor.

Briggs-Gowan, Carter y Schwab- Stone (1996) realizaron un estudio sobre la relación entre el estado de ánimo de la madre, los reportes de las madres acerca de los síntomas de sus niños, el reporte del maestro y la del niño mismo. En este estudio la finalidad fue conocer si existía una posible correlación entre los síntomas de depresión y ansiedad de las madres y las discrepancias que se reportaban sobre el comportamiento del niño entre los maestros y las madres. Se les administró a las madres el Child Behavior Checklist (CBCL) a los maestros el Teacher's Report Form (TRF), a los niños que eran reportados por las madres con un número mayor de síntomas se les administró el Child Behavior Checklist (CBCL), de esta manera se obtuvo una muestra de 188 niños de entre 9 y 12 años de edad. Posteriormente a las madres se les aplicaron los siguientes instrumentos: Centres for Epidemiologic Studies Depresión Inventory (CES-I) y Health Opinión Survey (HOS), que fue utilizado para medir el grado de ansiedad en las madres. Como resultado se encontró que las madres reportaban mayores problemas de conducta en sus hijos que los niños y maestros en sus informes, madres que al mismo tiempo reportaron niveles altos de ansiedad y síntomas depresivos, presentando un mayor número de síntomas que no eran informados por sus hijos o maestros. En los resultados se sugiere la posible evidencia del papel que tiene el estado emocional de la madre y la distorsión sobre la información del incremento de la sintomatología de sus hijos.

Newberger (1993) realizó un estudio longitudinal durante un año con madres de niños de edades entre 6 y 12 años que fueron abusados sexualmente, en dónde participaron 46 madres en total del Departamento de Servicios Social de Massachusetts. La finalidad del estudio era examinar el curso de la sintomatología psicológica en madres con niños víctimas de abuso sexual, a partir de que se enteran que el abuso se perpetuó. Para la evaluación materna se utilizó el Brief Symptom Inventory (BSI), compuesto de 53 ítems que exploran la presencia y severidad de síntomas psicopatológicos. Así también, se utilizó el General Symptom Index (GSI). Mientras que para los niños abusados sexualmente, se les aplicó el Children's Depression Inventory (CDI) y Revised Children's Manifest

Anxiety Scale (CMAS-R). Se encontró que la angustia de las madres estuvo fuertemente correlacionada con los informes de los estados emocionales de sus hijos. A pesar de las tensiones que las pacientes experimentaron, se descubrió que los síntomas declinaron durante el período de estudio. Los resultados subrayan la importancia de dirigirse hacia las necesidades psicológicas de las madres, a la ansiedad vivida después del descubrimiento del abuso, como un componente íntegro del tratamiento del abuso sexual de su hijo, y de esta manera que el menor se reincorpore de la mejor manera a su ambiente.

Por otra parte, existen investigaciones que se centran en el estudio de los niños en condiciones adversas como pueden ser las instituciones y cómo el comportamiento ansioso se manifiesta de manera significativa en los menores en circunstancias de institucionalización.

Ahmad y Shurique (2001) estudiaron sobre las consecuencias psicológicas del abuso en un grupo de 50 niños (de 9 a 15 años de edad) institucionalizados que fueron abusados emocionalmente, y se comparó con 50 niños de la misma edad no institucionalizados, y tampoco abusados. Ambos grupos se entrevistaron y se les aplicaron 3 escalas: el Inventario de Depresión para Niños (CDI), Spielberger State - Trait Anxiety Scale for Children, y el Self-Concept Scale (SCS). El SCS evalúa 8 dimensiones: los valores sociales, la confianza en sí mismo, la sociabilidad, inteligencia, la apariencia física, la estabilidad emocional, vigor, y agresión. Se encontró que los niños abusados obtuvieron bajos puntajes en los valores sociales, en la confianza en sí mismo, inteligencia, sociabilidad, y las dimensiones de estabilidad emocional en el SCS. Además de encontrar un nivel significativamente superior en la escala de ansiedad y en el CDI. Por lo que, se concluyó que los niños institucionalizados sufren más desórdenes psicológicos y que por consiguiente ellos tienen la necesidad de mayor cuidado psicológico y apoyo.

McGrath (1991) manifiesta y discute sobre el abuso existente directo o indirecto en el niño institucionalizado, el abuso de niños en algunas agencias todavía ocurre y cómo los empleados pueden erradicar tal abuso. Discute cómo las prácticas abusivas continúan creciendo, principalmente porque se trabaja en un ambiente también abusivo.

Scrive (1991) discute sobre la importancia de la continuidad de la psicoterapia del niño institucionalizado en Francia y examina cómo tal continuidad puede llevarse a cabo fuera, después de que el niño deje la institución.

De esta manera, y ante la importancia que tiene la presencia de la ansiedad en el niño, existen investigaciones que han señalado diversas formas de evaluación e incluso, hay quienes proponen alternativas terapéuticas. Con el fin de apoyar esta investigación, se citan algunas que se consideran relevantes.

Avella (1976) desarrolló una escala para medir la ansiedad en niños mediante ilustraciones: "Escala de Ansiedad en ilustraciones para niños".

Por su parte, Bokhorst, Goossens y Ruyter (2001) se interesaron en la ansiedad social en niños, refiriendo que ésta ha sido descrita por la literatura como un riesgo para el desarrollo y el incremento de los problemas emocionales futuros a largo plazo, ya que el ser humano se va privando del aprendizaje, resultado de la experiencia con los pares. De tal manera, que las interacciones con los pares han sido consideradas como importantes y significativas para el desarrollo social y emocional del niño, y la falta de interacción con éstos, afecta de manera significativa su desarrollo.

De esta manera, Coplan (1994, en Borkhorst y cols., 2001), identifica a tres clases de niños:

- ◆ Niño solitario- pasivo: es aquel niño que disfruta jugar solo y por lo tanto se aísla de sus pares.

- ◆ Niño solitario- activo: es aquel que es rechazado y aislado por los demás niños a causa de sus comportamientos agresivos.
- ◆ El niño retraído: es el niño socialmente ansioso y que teme establecer contacto con sus compañeros de clases.

De tal manera, dicho estudio se encaminó a realizar un cuestionario breve que detectara la ansiedad social en niños, con la finalidad de evitarla en un futuro, mediante una intervención temprana que favorezca el buen desarrollo del menor. Por lo que se elaboró la escala TRSA-"junior" (Teacher Rating Scale of Social Anxiety-"junior"), tipo Likert para la identificación de la ansiedad social para niños de 5 a 6 años. De la cual se analizó la confiabilidad mediante una consistencia interna adicionada con una correlación de test – retest y una validez convergente y divergente. De tal estudio se concluye que el TRSA - "junior" puede ayudar en la identificación y prevención de ansiedad social a una edad temprana. Además, dicha escala parecería ser un instrumento útil en la investigación, debido a que fueron determinadas sus propiedades psicométricas.

Ozusta (1995) realizó la estandarización, confiabilidad y validez de la Escala State-Trait Anxiety Inventory in Turkish children (STAIC). Donde el propósito de dicho estudio era obtener las normas turcas y verificar la validez y confiabilidad de dicha escala en el contexto cultural turco.

De acuerdo con las investigaciones citadas que abordan esta problemática deja claro la importancia de la diversidad de contextos en la que pueden ser abordados los problemas de la ansiedad, así como su estudio.

Ahora bien, en México se han realizado algunas investigaciones que se centran en el estudio de la ansiedad, pero pocas se han orientado a analizar las respuestas de ansiedad en niños con maltrato infantil. Algunos estudios analizan la respuesta de ansiedad en menores, entre ellos se encuentra el estudio de Hernández, Soto y Trujano (1990) quienes estudiaron a 142 madres mexicanas de niños de 4 y 5 años de edad, analizaron las respuestas de ansiedad, afrontamiento y factores

relacionados ante separaciones breves entre madre e hijo, estudiaron las conductas de llanto entre los niños durante eventos estresantes y en las madres las respuestas de ansiedad y formas de afrontamiento durante las separaciones.

Varela (2002) realizó un estudio en el que examinó los niveles de ansiedad en tres grupos de niños: el mexicano (n=53), el mexicano- americano (n=50), y el americano europeo (n=51), tomando en cuenta el aspecto cultural para dar una interpretación a las cifras obtenidas, esto es, si se relacionaban los esquemas asociados con la cultura mexicana, a las diferencias en el informe de ansiedad. Los resultados indicaron que las respuestas fisiológicas fueron significativamente más de cuidado en los niños mexicanos- americanos y mexicanos, que en el americano europeo. Los niños mexicano-americanos y mexicanos tomaron el colectivismo como un valor cultural más fuerte que el americano europeo, y los niños mexicanos evidenciaron más el uso de estrategias sociales. En las discusiones familiares, en situaciones potencialmente estresantes, existió un porcentaje mayor de interpretaciones somáticas en los niños mexicanos y mexicano- americano que el americano europeo. Los resultados indican las uniones potenciales entre los valores culturales, la estatificación práctica, y la ansiedad.

Rodrigo y Lusiardo (1992) desarrollaron una versión en español de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (C-MAS) realizada por Reynolds y Richmond (1978, 1979, 1985). En otro estudio, Robles y Paéz (2003) analizaron las propiedades psicométricas de la versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck, y Varela (2006) realizó un estudio sobre la validez de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) en grupos de niños mexicanos, los resultados evidencian la validez del instrumento para evaluar la ansiedad en la población infantil mexicana.

Por otro lado, los estudios sobre las reacciones de ansiedad en menores maltratados han sido poco explorados, se han reportado estudios dirigidos hacia la

evaluación psicopatológica del menor, sobre sus alteraciones en el proceso de desarrollo emocional, adaptación social y afectiva del niño maltratado, además de los factores sociales presentes (Ampudia, 2007), en los cuales se enfatizan los problemas psicológicos que presentan estos menores, en los que se identifican reacciones de ansiedad como por ejemplo el trabajo de Ampudia, Sánchez y Sarabia (2007) que realizaron un estudio con 20 menores víctimas de abuso y maltrato (ambos sexos de entre 5 y 11 años) del Albergue Temporal (P.G.J.D.F.), con el propósito de identificar el comportamiento psicoemocional de los menores mediante la Lista de Indicadores Emocionales (LIE) de Ampudia (2006, en Ampudia, Sánchez y Sarabia, 2007), en donde identificaron reacciones hostiles y distantes, problemas de conducta, agresividad y alta exigencia, conducta hipervigilante en los menores, así como, conducta aislada, temores y elevada ansiedad en los mismos.

Ampudia, López-Arce, Rivera y Valencia (2008) por su parte estudiaron en 20 niños (entre 6 y 12 años de ambos sexos) víctimas de maltrato del Albergue Temporal (P.G.J.D.F.), los rasgos de ansiedad en relación con los indicadores emocionales que presentan los menores que han sido expuestos a situaciones de violencia y maltrato.

Así mismo, el estudio del maltrato infantil en México se ha ampliado en diversas direcciones, así como lo menciona Ampudia (2007) el maltrato es un problema con múltiples causas, determinado por fuerzas que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y en la cultura donde éste se desenvuelve. De esta manera, Santaella, Ampudia, Valencia y Rivera (2007) realizaron un estudio para identificar las variables de influencia familiar en menores que han sido expuestos a situaciones de violencia y maltrato, con 166 menores de ambos sexos de 6 a 13 años de edad que ingresaron al Albergue Temporal (P.G.J.D.F.), mediante el Cuestionario Sociodemográfico de Ampudia (2006). En el estudio se identificó que el grupo estudiado pertenecía a familias con discordia marital, divorcio, familias reconstruidas, uniparentales o numerosas, con altos niveles de estrés psicosocial,

apoyo familiar precario, violencia familiar, uso de castigo frecuente y en algunos casos familia con patología específica.

Ampudia, Pérez, López-Arce y Carrillo (2007) estudiaron las conductas de maltrato en padres de familia con 134 padres de entre 19 y 56 años, mediante el Formato Experimental de Comportamiento Cotidiano para Padres de Ampudia (2007), los reactivos se relacionan con una serie de enunciados que identifican algunas de la conductas que los padres pueden presentar en su manera de ser y la forma de actuar hacia sus hijos, así como comportamientos de los menores hacia los padres. En los resultados de tal estudio se observó, que en su mayoría tienden a rechazar la interacción social y el contacto físico, se conforman fácilmente, se encierran en sí mismos y se sienten fácilmente culpables. Así mismo, son menores que se molestan fácilmente, no expresan sus sentimientos, y se sienten cansados todo el tiempo. Los padres refieren, respecto a la conducta que presentan sus hijos, que tienen mala relación con los hermanos (peleas físicas), se muestran temerosos, tienen conflictos con sus pares, problemas académicos, hacen berrinches y todo el tiempo piden y demandan cosas.

Bustos, Mendoza, Ampudia, Pérez y Medina (2007) realizaron un estudio con el propósito de conocer sobre el nivel de información que tienen los profesores de enseñanza básica, sobre el maltrato infantil, mediante indicadores de detención específicos de situaciones del maltrato, y encontraron que los profesores tienden a desconocer algunos de los comportamientos que los menores presentan cuando están expuestos a situaciones de agresión y maltrato infantil. De manera, que el maltrato es un problema, donde a pesar de los estudios realizados, es un fenómeno poco identificado y que requiere de especial atención, ya que su afectación llega a dimensiones que inciden en el desarrollo general de los menores, dejando secuelas severas en el desarrollo de la personalidad de estos niños (Ampudia, Sánchez y Sarabia, 2007).

Parece que el comportamiento violento del padre agresor se debe a la repetición de una conducta aprendida desde la infancia por lo que dicha conducta de los padres afecta de manera importante el comportamiento de los hijos, que puede llevar a alteraciones significativas en su personalidad y que puede llevarlos también a repetir de nuevo la conducta violenta, convirtiéndose en una cadena interminable de malos tratos.

Tal como lo menciona Alvirde (2006) que revisó las historias de vida de hombres violentos, investigó el tipo de apego que establecieron cuando eran niños con la madre, el padre o sustituto. Los resultados obtenidos fueron importantes al reflejar el tipo de apego que desarrollaron estos hombres violentos, el cual respondió al apego de tipo ansioso. Así mismo, otro aspecto importante es que durante la infancia de estos hombres prevaleció la falta de cuidados y protección por parte de su figura de apego –madre, padre o sustituto-. Con dichas carencias el menor aprendió a reproducir el comportamiento del padre con el cual se vinculó en sus relaciones posteriores. Un aspecto fundamental durante el tratamiento con hombres violentos fue la manera de cómo algunos de ellos, al ir hablando de sus historias de vida, pudieron percatarse de la repetición de comportamientos violentos y de maltrato. El darse cuenta, favoreció tomar conciencia en ellos para poder realizar ajustes en su comportamiento y en cómo afectaba en sus relaciones.

Romero (2005) por su parte estudió las consecuencias del maltrato infantil en 300 mujeres mexicanas con antecedentes de maltrato y abuso en su infancia, los resultados reflejan que estas mujeres presentan un índice mayor en conductas relacionadas con los trastornos del estado de ánimo como: depresión y/o ansiedad, así como, problemas de salud, uso del alcohol y la repetición de comportamientos de maltrato con sus hijos, lo que sugiere la transmisión de la violencia de una generación a otra.

Estas investigaciones, sustentan la idea de hacia dónde dirigir la investigación, sobre la presencia del comportamiento ansioso tan significativo en el niño víctima de maltrato.

En relación a la epidemiología, es importante ubicar algunas cifras que reflejan la importancia de dicha problemática para su estudio. De esta manera, que los trastornos de ansiedad son considerados como el trastorno más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18- 54 años padece algún tipo de trastorno de ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas en su mayoría adultos (Echeburúa, 1998).

Respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad en Estados Unidos de America, se señala que los porcentajes más elevados se presentan principalmente en los trastornos de ansiedad generalizada (7.60%) y las fobias específicas (7.70%) que se reportan en mayor proporción que los demás trastornos, seguido del trastorno de pánico con agorafobia (3.80%). Los trastornos obsesivo compulsivo (2.50%), fobia social (2%), trastorno de pánico sin agorafobia (1%) y trastornos de estrés postraumático (1%) se presentan en menor proporción. Los trastornos de ansiedad tienen, por tanto, un peso específico extraordinariamente importante en la psicopatología infantil (Echeburúa, 1998).

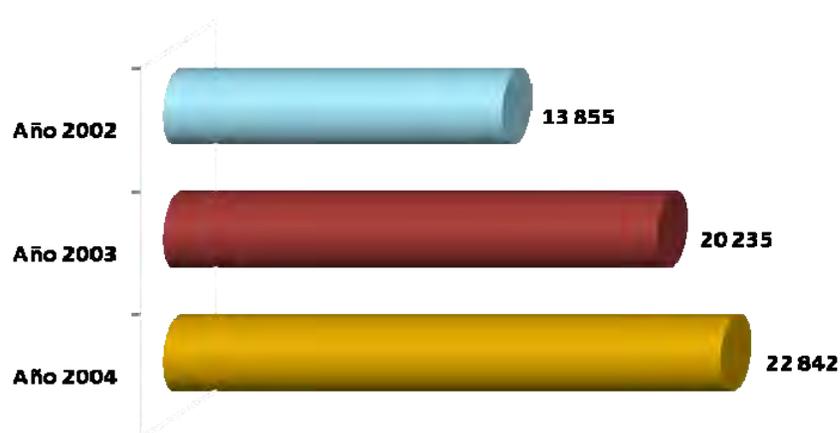
Ahora bien, en México los trastornos de ansiedad más prevalentes y los más crónicos, referidos por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001), de acuerdo con la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental en el 2000, destaca los trastornos de ansiedad más comunes que son: la fobia específica y la fobia social en adultos. Así mismo, reporta que la región conformada por las áreas metropolitanas como, la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey muestran prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad en un 3.4% (ENEP, 2001).

Por otra parte, la epidemiología sobre el maltrato infantil señala que el problema se incrementa de manera importante. No obstante, Wekerle, Millar, Wolfe y Spindel (2007) señalan que las cifras no reflejan la problemática real; por ejemplo en Estados Unidos anualmente se presentan cerca de tres millones de reportes de sospecha de abuso y abandono infantil, cifra que refieren, osciló muy poco desde la década anterior. Por lo que, mencionan que dichas cifras no reflejan de forma clara y precisa y que además subestiman de manera importante la cantidad real de menores expuestos al maltrato, a causa de las limitaciones para la detección y atención a las diversas formas de abuso infantil (Wekerle y cols., 2007).

Los datos que se reportan en México sobre el fenómeno del maltrato infantil dejan ver claramente la problemática social a la cual se enfrenta el país actualmente. Al saber que la familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, pero si sus integrantes no cuentan con una estabilidad emocional que proporcione a los niños un buen desarrollo, el futuro de una nación se encuentra en graves problemas.

En México el INEGI reporta que las denuncias comprobadas de maltrato infantil en todas sus modalidades –físico, emocional, sexual, abandono, omisión de cuidados, negligencia, explotación laboral- van en aumento, tal como se presenta en la Gráfica 1.

GRÁFICA 1. Denuncias en las que se comprueba el maltrato infantil, 2002, 2003 y 2004. (INEGI, 2007).



Es evidente que el incremento es elevado, y pareciera que los malos tratos y la agresión se están convirtiendo en una forma de vida en una sociedad indiferente y con carencias en habilidades para interactuar de manera adecuada con los niños, que facilite y favorezca su desarrollo físico, cognitivo y psicoemocional.

No obstante, Osorio y Nieto (2005) mencionan que en México no existen estadísticas sólidamente estructuradas respecto al maltrato infantil, donde las notas periodísticas no reflejan la realidad del problema, ya que múltiples casos de maltrato no son denunciados y por tal no se tiene conocimiento en el ámbito legal y periodístico, dado que representan la punta del iceberg reportada por Barudy (1998) en donde señala que sólo se han documentado casos que ingresan a las instituciones de salud, de ahí la importancia del estudio de dicha problemática, que se torna cada vez más amplia, ya que el fenómeno del maltrato tiene una repercusión importante dentro de la esfera social, económica, política y psicológica. Es por ello, que estudiar tal problemática de manera profunda y específica permitirá a los psicólogos contar con mayores recursos y herramientas para poder abordarlo y prevenir que se sigan perpetuando los malos tratos hacia los niños (Ampudia, 2007).

Por tanto, se puede observar que por la reducida cantidad de investigaciones en México sobre la detección de problemas de ansiedad en menores maltratados, es importante llevar a cabo estudios en donde se pueda analizar dicho comportamiento en niños que ingresan a una institución de protección por ser víctimas de algún tipo de delito o maltrato. El estudio busca determinar el nivel de ansiedad en los menores víctimas de maltrato, conociendo que la violencia crea un medio en el que los menores resultan ser los más afectados, generando altos niveles de ansiedad (Ampudia, 2006).

De ahí la importancia de retomar la problemática del maltrato infantil, para poder entender a través del contexto teórico del tema, considerando los tipos, las causas y efectos del maltrato infantil.

CAPÍTULO I

MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un fenómeno complejo por las implicaciones que tiene y la dificultad para identificarlo, dado que muchas de las veces, las personas que cometen el maltrato son los mismos padres o cuidadores de los menores, sobre todo en los casos de abuso físico y negligencia. No obstante, en la mayoría de los casos es encubierto como métodos de crianza tradicionales que muchas veces llega a combinarse con uno o más formas de maltrato infantil (Ampudia, 2006).

De esta manera, a continuación se aborda el fenómeno del maltrato infantil a través del tiempo y cómo es percibido el niño a través de la historia.

1.1 Antecedentes históricos y definición del maltrato infantil

Los malos tratos al menor no es un fenómeno reciente, desde tiempos remotos ha existido ya sea en mayor o en menor grado pero a través de la historia diferentes culturas han promovido el maltrato al menor. De acuerdo a lo mencionado se puede referir sobre la agresión a la que ha sido sometido el niño desde épocas muy antiguas en la que éstos se convertían en ofrenda a los dioses a los cuales querían agradar.

De tal manera, que la forma en cómo es concebido el niño en las diferentes épocas es un aspecto importante para abordar la problemática del maltrato infantil, como señalan Casado, Díaz y Martínez (1997) acerca de que los niños eran considerados como “adultos en miniatura” sin necesidades específicas, donde se ignoraba que un niño es un ser humano en constitución y desarrollo. Ante ello parecería que la infancia es un invento moderno en el que las herramientas o habilidades desarrolladas no son suficientes y en donde los modelos educativos suelen ser una línea muy delgada entre la educación y la violencia o el maltrato.

Martínez y Ochotorena (1993) mencionan que el maltrato infantil ha existido siempre. Aunque en algunas ocasiones no ha llegado a un grado extremo, ha existido universalmente un trato poco adecuado a las características de estos seres en desarrollo.

Por ello, el maltrato infantil es un fenómeno social muy grave en la actualidad, que se ha dejado avanzar a causa de que los malos tratos al infante no se consideraban en el pasado como graves, si no que por el contrario formaban parte de un estilo de crianza aceptado o adecuado para educar a los hijos, y se minimizaban a simples “objetos” con fines diferentes que beneficiaban sus creencias culturales en la mayoría de las ocasiones.

De acuerdo con De Mause (1991, en Casado y cols., 1997), divide la historia de la infancia en varias etapas tomando en cuenta las relaciones paternofiliales y los hechos característicos en relación al maltrato infantil de cada época:

Infanticidio (antigüedad- s. III): Dicha etapa comprendió en la antigüedad y el siglo III, donde la muerte de los niños se encontraba en función de los problemas de relación entre los adultos y los menores. Las razones del por qué se daba muerte a los infantes era especialmente justificada por razones religiosas (que variaban de cultura a cultura), o económicas.

La Biblia menciona pasajes que clarifican lo mencionado, en el Génesis se menciona el caso de Abraham, el cual estuvo a punto de sacrificar a su hijo único Isaac, así mismo, la matanza de los inocentes ordenada por el Rey Herodes. En el Éxodo se menciona el infanticidio hacía los israelitas en tierras egipcias, debido que éstos se convirtieron en una nación muy numerosa y se ordenó la muerte de todos los varones tan pronto como nacieran (Casado y cols., 1997).

El infanticidio por tal era perpetuado con el fin de eliminar a los niños que afectaban en gran medida los intereses de una cultura o comunidad, así mismo,

los niños que sufrían discapacidades o síndromes se les sacrificaban, con la creencia de que eran “obras malignas”. Se reverenciaban con cantos, danzas ofrendas o con sacrificios que iban desde picarse con agujas de maguey, hasta la muerte misma de los menores a manos de los sacerdotes. Por ejemplo en la cultura mexicana, desde la primera infancia el niño era educado para morir en honor a los dioses, por lo que los niños eran vistos como “objetos” disponibles para ofrendar a sus deidades con los fines religiosos que ellos deseaban (Piojan, 1980).

La forma de educar o la crianza hacia los niños de las culturas mesopotámicas, era a través de castigos corporales, los cuales consistían en golpes con palos, arañazos con púas, humaredas de chile, encierro en cuartos oscuros, con el único propósito de lograr la obediencia absoluta en los jóvenes, manifestando una forma de “control”, del poderoso contra el débil (Gómez, Arvizu y Ramírez, 1996).

Ahora bien, los vestigios encontrados en diversas exploraciones arqueológicas testifican lo mencionado en las culturas mesoamericanas, como dos esqueletos de niños, uno incinerado ceremonialmente y el otro con el cerebro extraído y la cabeza separada del cuerpo, tostada y colocada en una canasta que descansa sobre el tórax (Ayala, 1972).

Los zapotecas realizaban sacrificios humanos con niños, arrancando el corazón de la víctima o por decapitación, ofrendada al dios Cocijo, el dios de las lluvias de importancia obvia para un pueblo de agricultores (Ayala, 1972).

Mientras tanto, la aparición del cristianismo influye en toda la historia de la infancia, reconociendo sus derechos y reduciendo el infanticidio.

Abandono (ss. IV- XIII): Producto de la conversión al cristianismo del emperador romano Constantino en el año 323, el infanticidio se reduce considerablemente debido al temor a los castigos impuestos a quienes maltratara a los niños. Por lo que, durante este período se reconoce que el niño tiene alma y es humano, pero

las dificultades para educarlos y para sostenerlos económicamente propician el abandono de éstos y los cuales eran entregados regularmente a casa de nobles, cesión a otras familias, internamiento en monasterios, etc.

Ambivalencia (ss. XIV- XVII): En esta etapa se considera al menor como parte importante en la vida afectiva de los padres, y así mismo se establecen instituciones u organizaciones encargadas a dar protección, educación al menor, de tal manera que durante esta época se concibe la idea de que a un niño se le debe “moldear” como algo que aún no está del todo terminado, por esta causa y con influencias humanistas y religiosas se impulsó la institucionalización de la escuela como estructura educativa separada de la familia para la formación de la infancia.

Intrusión (s. XVIII): Ahora bien, la “empatía” caracteriza esta etapa, ésta se convierte en la forma de relación de los adultos con los niños, en donde los padres o adultos se ponen en el lugar del niño, dirigiendo su voluntad y conducta mediante acciones no violentas.

Socialización (s. XIX- primera mitad s. XX): En esta etapa se considera que el niño es miembro de la sociedad y que en un momento va a ser parte importante de ésta y por lo tanto la educación y la crianza consistía en guiarle o educarle por el “buen camino” con el fin de que el niño se adaptara a la vida en sociedad. Gracias a la Revolución Industrial se dio un incremento de la sociedad urbana y el trabajo de los niños condiciona las primeras leyes de protección a la infancia referidas al trabajo de los menores.

Así mismo, durante este período se funda la Asociación Americana para la Prevención de la Crueldad con los Niños, a raíz del caso detectado en Nueva York en 1874 por Etta Wheeler, tratándose de una niña de nueve años, Mary Ellen Wilson, atada, golpeada, con heridas en su cuerpo producidas por tijeras, con desnutrición severa. Sin embargo, el problema de legislación durante esa época

impidió que se interviniera judicialmente, no obstante el juicio fue ganado basándose en la legislación existente para la protección de los animales considerando a los menores con los mismos derechos, de esta manera surge la Asociación Americana para la Prevención de la Crueldad con los Niños (Casado y cols., 1997).

Ayuda (2ª mitad del siglo XX hasta la actualidad): Durante esta etapa se considera al niño como un ser humano con necesidades de expresión y que por ello deben ser escuchadas y atendidas, donde los padres son los primeros implicados en el desarrollo de la vida del niño. De tal manera, durante este tiempo se dan grandes cambios que se visualizan en la disminución de mortalidad infantil, una mejoría en la asistencia sanitaria, educativa etc.

De tal manera, que fuera hasta 1962 y a mediados de la década de 1970 que se identifica el maltrato infantil como una problemática social, que hasta entonces estaba en el anonimato para los profesionales y para los diversos mecanismos socio- legales.

En un inicio, la visión del maltrato infantil sólo hacía referencia a padres que ponían en peligro la moral de sus hijos, o bien los que exponían la vida y salud de éstos. Tal como refiere Cantón y Cortés (2002) sobre cómo se concebía o se consideraba el maltrato, donde la preocupación no parecía estar tanto en el sufrimiento inmediato de los niños, más bien en el impacto negativo que a largo plazo pudiera tener esta situación en su moral y que pudiera llevarles a no respetar la ley de adultos.

Ahora bien, es hasta finales de los 50's que la definición de los malos tratos e intervención quedaron limitados para el campo legal y el campo de los servicios sociales.

Sin embargo, a principio de los setenta, el número de niños que llegaban a los servicios pediátricos y que presentaban lesiones no accidentales aumentaba considerablemente, a partir de ello Kempe (1962, en Casado y cols., 1997) interesado por dicha situación de malos tratos al menor organizó un simposio junto con sus colaboradores sobre el abuso infantil en el encuentro anual de la American Academy Pediatrics.

Así mismo, con el objeto de dar a conocer sobre la gravedad del problema publicó un artículo en el que refirió por primera vez acerca del “síndrome del niño apaleado” con el que describe clínicamente las lesiones que presentaban los niños que habían sufrido agresiones de tipo físico, generalmente efectuadas por sus padres o cuidadores.

Posteriormente a mediados de la década de los 70’s y mediados de la década de los 80’s, se reconoce la gravedad del problema del maltrato infantil por su frecuencia y consecuencias, y se incorpora en la atención al niño, el diagnóstico del “síndrome del niño maltratado”, desarrollándose investigaciones y legislaciones como la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados (Casado y cols., 1997).

Por lo que, el maltrato infantil es un fenómeno social complejo. Por consiguiente, para definir el maltrato debe considerarse y unificarse los distintos aspectos clínicos, psicosociales y judiciales que condicionan la utilización de diferentes criterios. La definición de maltrato infantil incluye tanto lo que se hace (acción), como lo que se deja de hacer (omisión), o bien, se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño daño físico, psicológico- emocional y social, ya sea por las personas (familiares o no) y las instituciones- administraciones (maltrato institucional). Los criterios para definir una situación de maltrato han de fundamentarse en las consecuencias en el niño, es decir, en los daños producidos y en las necesidades no atendidas (Arruabarrena, 1994 en Ampudia, 2007).

Delimitar los comportamientos parentales que deben considerarse como maltratantes es muy importante, considerar la frecuencia, intensidad e intencionalidad de una conducta para determinar en qué momento llega a considerarse maltrato (Arruabarrena y De Paul, 1994).

Para Casado y cols. (1997) el maltrato infantil es la acción, omisión o trato negligente, no accidental que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran en su desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas instituciones o la propia sociedad.

Para Wekerle, Millar, Wolfe y Spindel (2007) por su parte, el maltrato infantil es la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal).

Por otra parte, Corsi (1994) manifiesta de manera más concreta que, el abuso o maltrato ocurre cuando una persona más fuerte o poderosa (padres- adultos) se aprovecha de la ventaja que tiene sobre otro menos fuerte o poderoso, en este caso el niño.

Por ello, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición para el maltrato infantil: Todo acto u omisión encaminada a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor (UNICEF, 2008).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2007) define a los niños maltratados como, los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente se puede ver que la historia de la infancia es una pesadilla de la que se ha empezado a despertar hace poco; cuanto más se retrocede en el pasado más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales, y más bajo es el nivel de puericultura.

1.2 Etiología del maltrato infantil

El maltrato infantil desde la perspectiva de socialización se considera no como un fenómeno social aislado o como el resultado de desórdenes psicológicos de los padres, sino, más bien, como el producto de prácticas de socialización que aprueban el uso de la violencia y de técnicas de poder no asertivas con los hijos de acuerdo con Rogosch, Cichetti, Shields y Toth (1995, en Bustos, Mendoza, Ampudia, Pérez y Medina, 2007). Así mismo, el maltrato no es un hecho o un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño, etc., no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente. Por tanto, son muchas las razones que inducen a creer que el maltrato y descuido de menores es común, de ahí la importancia de identificar cuáles son las condiciones adversas en las que se producen este tipo de situaciones de forma tal que se pueda lograr una detención oportuna del problema (Ampudia, 2007).

La causa más frecuente en las historias de familias que maltratan a los hijos es consecuencia de la repetición de actos violentos, negligencia y pérdida o privación de progenitores, que se va dando de una generación a otra. En la medida que el padre está constantemente ausente en el sentido emocional, el niño puede experimentar un sufrimiento psicoemocional significativo a causa de una privación afectiva que puede pasar inadvertida. No se sabe con claridad cómo se transmite de una generación a otra la aptitud para ser padre. La vía principal está representada por la experiencia de haber recibido cariñosos cuidados parentales,

de haber experimentado lo que supone auténticamente ser un niño lactante, desvalido, pero objeto de amor y cuidados (Kempe, 1979).

Ochotorena y Arruabarrena (1995) hacen énfasis que la aparición del maltrato se centra en la propia experiencia de los padres como víctimas del maltrato en su infancia. La presencia de antecedentes de castigo en la infancia de la madre, asociada con la presencia actual de violencia hacia los niños puede estar asociada a la hipótesis de la transmisión generacional del daño, ya que en estas familias los niños aprenden que el amor y la violencia pueden coexistir y que ésta es un modo aceptado de resolver conflictos, desarrollando por tanto una mayor tolerancia a ésta (Santaella, Ampudia, Valencia y Rivera, 2007).

De esta forma, que los padres que tienden a maltratar a sus hijos consideran también que el castigo físico constituye un método apropiado para tratarlos. Al no ver otra solución, continúan dentro del mismo círculo vicioso: castigo, deterioro de la relación con el niño, frustración y de nuevo castigo (Kempe, 1979).

Osorio y Nieto (2005) refieren acerca de las causas del maltrato hacia el menor, distinguiendo tres factores importantes que propician el maltrato infantil, los factores que ellos distinguen son: factores individuales, factores familiares y factores sociales, los cuales se relacionan y pueden darse incluso simultáneamente.

Factores individuales: los agresores (padres ó tutores), tuvieron una historia de maltrato, que dio como resultado que tanto las secuelas físicas como psicológicas permanecieran con ellos y los acompañaran durante su desarrollo y crecimiento adoptando una posición de subestimación de sí mismo, que los acarrea a la depresión y a la inmadurez de poder resolver los conflictos de la vida diaria, así por tal, la frustración generada por ello la descargan en sus hijos mediante el castigo.

El sujeto activo –agresor- padeció una infancia difícil en la que conoció la humillación, el desprecio, la crítica destructiva y el maltrato físico, lo cual hizo que llegara a la edad adulta sin autoestima, ni confianza (Osorio y Nieto, 2005).

Marcelli y Ajuriaguerra (2004) mencionan que detrás de un padre agresor en la mayoría de los casos se encuentra una infancia difícil (soledad, carencia de cuidados o de afecto, múltiples cambios de hogar, y malos tratos). Por lo que, el padre agresor se caracteriza por ser una persona con dificultades de adaptación, por tanto se vive o se cree incomprendido por los demás y suele ser impulsivo e incapaz de identificar aspectos problemáticos o de crisis. Los agresores se sienten amenazados, por leve o imaginaria que sea la amenaza, y dirigen su agresividad o frustración hacia los hijos, quienes con su llanto agravan la situación ya de por sí tensa y embarazosa.

Dentro de las motivaciones más profundas de padres que maltratan a sus hijos, es el temor o la incapacidad paterna de asumir responsabilidades, y se sienten incapaces de poder resolver de manera adecuada situaciones que resulten problemáticas y estresantes, que en algunas de las ocasiones se encuentra en función de un autoconcepto pobre y de una inmadurez emocional a causa, en la mayoría de las ocasiones, de la historia de maltrato vivida en su infancia. Y así también puede ser consecuencia de la compensación que experimentan de sus frustraciones al maltratar a un sujeto débil (Osorio y Nieto, 2005).

Otro factor es la incapacidad para comprender (nivel de empatía de los padres) o educar al niño es un factor importante que se involucra en la etiología del maltrato, se trata de aquellos padres que no se encuentran preparados ni emocional, ni prácticamente para responder de manera adecuada a las necesidades del niño; por ejemplo, si el niño llora, se le alimenta, si continúa llorando, se le limpia, pero si continúa el llanto se le golpea. Se trata de madres que no son capaces de dar además de los cuidados físicos y las manipulaciones del cuerpo (cuidados

higiénicos y de vestido) las caricias e intercambios físicos que permitan un desarrollo psicoemocional al niño (Marcelli y Ajuriaguerra, 2004).

EL maltrato al menor puede darse también como resultado de una intoxicación a causa de la ingestión de bebidas alcohólicas u otras sustancias tóxicas “fármacos”; o bien personas que cuentan con alteraciones psicológicas importantes que hacen de ellos sujetos de rígidos esquemas mentales y estados de angustia e inseguridad que les hacen chocar con el ambiente en forma reiterada y sistemática (Osorio y Nieto, 2005).

Causa de una psicopatología, padres paranoicos que ven en el hijo un integrante del medio persecutorio y amenazante, justificando de esta manera su agresividad hacia ellos, y ante necesidades del niño (tales como el llanto que comunica hambre, sueño, aseo o acercamiento inclusive), dichas madres creen que los llantos emitidos por su hijo tienen como finalidad única de molestarlas o fastidiarlas, visualizando a su hijo como una amenaza real.

La falta de amor hacia con sus hijos, es un factor que genera sentimientos como la culpa pero también enojo y es el factor que condiciona luego a los padres para martirizar a sus hijos, en una cadena interminable de horrores y sufrimientos transmitidos de generación en generación.

La carencia de amor es de las causas, la más importante y factor que determina y motiva a que los adultos maltraten a los niños, no importando que éstos sean sus propios hijos.

Factores familiares: los cuales se encuentran muy relacionados con los factores individuales y sociales. Las familias en que hay niños maltratados la vida es desordenada, existe inestabilidad y desorganización hogareña, desavenencia conyugal, penuria económica, enfermedades, conductas antisociales, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficientes o mal preparados, desempleo o

subempleo, embarazos no deseados, expulsiones de la escuela, niños de uniones extramatrimoniales o bien de uniones anteriores y, por lo tanto, desintegración del núcleo familiar.

Lo descrito anteriormente es el lugar en el que con mayor frecuencia se desarrollan los malos tratos a los niños; pero esto no representa una regla sin excepción; en algunos hogares bien integrados, con una sólida base económica y otras características positivas, pueden darse y se dan casos de malos tratos a los niños, pero es más frecuente la incidencia en familias como las ya mencionadas.

Factores sociales: hacen referencia de que los malos tratos pueden darse en cualquier grupo socioeconómico, razas, nacionalidades y religiones.

Santaella y cols. (2007) refieren respecto a este tema que los factores asociados al maltrato, abarcan una diversidad de problemas en los cuidadores, que van desde trastornos psiquiátricos graves, trastornos de personalidad, drogodependencias y/o problemas de la infancia, hasta la mera incapacidad para educar a los niños o bien las condiciones sociales en que está inmersa la familia, no obstante, el elemento común de todo ello es que utilizan a los niños como blanco de sus abusos y lesiones.

Ampudia (2005, en Santaella y cols., 2007) identifican variables importantes como la educación de la madre, el trabajo remunerado fuera del hogar y la ausencia de redes de apoyo vecinal como significativas en algunos tipos de violencia, por otra parte, el nivel socioeconómico es un factor que identifican como importante y que también influye en la conducta violenta que las madres ejercen hacia sus hijos; mientras a las variables constantes del padre que maltratan, identifican la presencia de castigo severo en la infancia y el hecho de haber sido testigos de violencia en la infancia, así como, también un bajo nivel de escolaridad y el tipo de empleo de éste, son factores predisponentes para el ejercicio de la violencia

psicológica, mientras que el consumo de alcohol se relaciona con la presencia de violencia física severa.

En cuanto a las características de los menores que son maltratados Balbuena, Sánchez y Ampudia (2006, en Santaella y cols., 2007) identifican factores de riesgo como son: la escolaridad donde los menores de educación básica son quienes presentan altos índices de maltrato, así como, la presencia de problemas conductuales o emocionales como factores importantes para la ocurrencia del maltrato, y en menor proporción el género y la presencia de enfermedades físicas.

1.3 Tipología del maltrato infantil

EL maltrato hacia el menor no solamente se minimiza al maltrato físico, de tal manera que la violencia hacia los menores puede presentarse de diversas formas.

De acuerdo a Casado y cols. (1997) los malos tratos al menor se pueden clasificar en tres grupos importantes, que a su vez se dividen en los diversos tipos de maltrato en cada grupo:

- **PRENATALES.** Serían aquellas circunstancias de la vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y teniendo repercusiones en el feto.
 - Gestaciones rechazadas: sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal.
 - Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos: madres alcohólicas (síndrome alcohólico fetal), toxicómanas (síndrome de abstinencia neonatal), fumadoras.
 - Enfermedades de transmisión: VIH/SIDA, Hepatitis B.
 - Abortos

➤ **POSTNATALES.** Son las circunstancias durante la vida del niño que constituyan riesgo o perjuicio para éste, según la definición de maltrato infantil donde exista una intencionalidad de daño de por medio.

- Acción- físicos: lesiones cutáneas (excoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, torceduras o dislocaciones, lesiones internas y síndrome de Munchausen por poderes.
- Omisión- negligencia: no escolarización, desatención, abandono.
- Emocional: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper, privación afectiva, abuso pedagógico.
- Abuso sexual: violación, incesto, pornografía y/o prostitución infantil, estimulación sexual.
- Explotación laboral: mendicidad, venta ambulante.

➤ **Institucionales.** Se producen cuando los autores son las instituciones o la propia sociedad a través de legislaciones, programas o la actuación de los profesionales al amparo de la institución.

- Servicios sociales
- Servicios sanitarios
- Servicios escolares
- Policiales- judiciales
- Medios de comunicación social
- Asociaciones

Por otra parte, Martínez y Ochotorena (1993) dividen la violencia hacia el menor en cuatro tipos de maltrato: maltrato físico, maltrato por negligencia, abandono, maltrato o abuso emocional, donde a éstos añade el abuso sexual, el cual lo sitúan entre la esfera emocional y física, tal como Finkelhor (1980) hace énfasis

sobre el abuso sexual y las similitudes entre el maltrato físico y emocional, ratificando la división hecha por Martínez y Ochotorena (1993) para los diferentes tipos de maltrato infantil, los cuales los definen de la siguiente manera:

- *Maltrato físico:* cualquier acto intencional producido por los responsables del cuidado del niño que implique o pudiera llevar consigo lesiones físicas (producidas con o sin instrumentos), enfermedades o intoxicaciones.
- *Maltrato por negligencia:* aquellas actuaciones inconvenientes por parte de los responsables del cuidado y educación del niño, ante sus necesidades físicas, sociales, psicológicas e intelectuales, así como a una falta de previsión de futuro.
- *Abandono:* corresponde al grado extremo de negligencia con gran implantación física.
- *Maltrato o abuso emocional:* acto que rebaje el autoestima del niño o bloquee las iniciativas infantiles de interacción por parte de los miembros adultos del grupo familiar, acciones como: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar; o bien acciones por omisión como: privación de afecto, seguridad, la indiferencia, etc.).
- *Abuso sexual:* maltrato que se encuentra entre el maltrato físico y el emocional, que se define como la participación del niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado por su desarrollo, a las que no puede otorgar su consentimiento.

Por su parte, Arruabarrena y De Paul (1994) hacen la siguiente clasificación para los diferentes tipos de maltrato infantil ya definidos con anterioridad, en la siguiente tabla:

	ACTIVO	PASIVO
FÍSICO	ABUSO FÍSICO ABUSO SEXUAL	ABANDONO FÍSICO
EMOCIONAL	MALTRATO EMOCIONAL	ABANDONO EMOCIONAL

No obstante, el maltrato no importando el tipo, va dejar en el menor o en la persona que lo padezca consecuencias en su vida futura a corto, mediano y/o largo plazo.

1.4 Consecuencias psicosociales del maltrato

Los golpes no sólo dejan huellas en el cuerpo sino otras más invisibles que constituyen las secuelas psicológicas. Las consecuencias del maltrato infantil van más allá de las marcas visualizadas en un cuerpo de un ser incapaz de defenderse, a causa de los golpes o el abuso, se trata de las secuelas que marcan y cambian permanentemente la vida y el desarrollo de un niño.

La sintomatología que desarrollan los menores maltratados tiene relación con la intensidad, duración y/o frecuencia del maltrato, características del niño, el uso o no de la violencia física, la relación más o menos directa con el agresor, el apoyo intrafamiliar a la víctima infantil y el acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, social y psicológica (Bustos y cols., 2007).

Una de las primeras causas por las que el niño maltratado sufre alteraciones en su desarrollo, es por la asimilación de la conducta agresiva vivida en el entorno familiar, dado que la mayoría de las veces son los padres, un hermano mayor, un cuidador o un adulto conocido quien maltrata (Santaella y cols., 2007).

Dentro de los efectos o consecuencias del maltrato infantil se tienen los trastornos de comportamiento que se dan en los niños víctimas de maltrato. De esta manera que a partir de los 12- 18 meses de edad los niños se muestran temerosos en exceso, descrito como una vigilancia helada; es decir, un estado de alerta angustiosa e inmóvil, dirigida hacia su medio o entorno, como si el niño vigilara ansiosamente el ambiente con el fin de detectar un peligro potencial; mientras que otros niños, manifiestan una ausencia de temor hacia los extraños y se acercan con gran facilidad hacia ellos, lo cual indica la distorsión existente en la relación

con los padres. En el niño mayor se han observado también dos tipos de comportamientos: una gran timidez con retraimiento temeroso o, por el contrario opuesto a ello, inestabilidad notoria, acompañada de comportamientos a menudo caóticos, desorganizados y violentos, donde el fracaso escolar es frecuente, aún cuando el nivel intelectual es el normal, a causa de problemas para concentrarse, retienen difícilmente el contenido de las materias y tienen gran dificultad para seguir las instrucciones de los profesores. (Marcelli y Ajuriaguerra, 2004).

Además de las alteraciones de conducta, él menor víctima de maltrato sufre alteraciones en aspectos de personalidad, son niños que carecen de autoestima, dudan de sus habilidades y capacidades y tienden a devaluar sus logros, todo esto acarrea que no se esfuercen en lograr objetivos en las actividades que realizan, por lo que se creen incapaces, experimentado sentimientos de inferioridad muchas veces manifestado o expresado en comportamientos tímidos y miedosos o por conductas agitadas, con las que tratan de llamar la atención de quienes los rodean. Las dificultades y el fracaso inicial provoca pronto el abandono y el retraimiento de estos niños (Marcelli y Ajuriaguerra, 2004).

Así también, cuentan con una muy mala imagen de sí mismos, denominado como trastornos de la identidad, en la que el niño se convence de ser el “malo” y se adjudica ser la causa del nerviosismo de sus padres, con sentimientos de culpa con el fin de mantener una imagen no excesivamente negativa del padre o de la madre. Además de experimentar miedo y ansiedad desencadenada por situaciones donde un adulto se muestra agresivo o autoritario. Los niños golpeados desarrollan lentamente sentimientos de depresión y de desesperación y comportamientos autodestructivos que incluyen la automutilación. No se sienten respetados, no solamente por sus padres, sino por el mundo adulto en general, al que perciben como inseguro (Barudy, 1998).

La violencia familiar es la consecuencia de una perturbación de las relaciones de apego, tal como también lo enfatiza Kempe (1979), acerca del deterioro de la

relación con el niño, que de acuerdo con Barudy (1998) resultaría del fracaso de los rituales que regulan las emociones suscitadas por los intercambios interpersonales que se producen en este territorio singular que es la familia.

Por su parte, Fernández (2002) menciona que las consecuencias en menores víctimas de maltrato, se describen a partir de un recorrido evolutivo de los problemas emergentes, a saber:

1. En los infantes: se ve afectado el vínculo del niño con los adultos que lo cuidan, a través de los problemas que se detectan a nivel de la manifestación de las emociones. El niño es muy llorón, inquieto y gritón, los padres remplazan esto con un golpe. El primer mensaje que incorpora el niño, es de no manifestar sus emociones, porque esto lo lleva al golpe.
2. En la edad preescolar: se detectan dificultades en la resolución de problemas, dificultades en la relación con los pares (conductas agresivas o de profunda inhibición).
3. En la edad escolar: se incrementan los problemas de relación con los pares y adultos, al manifestarse la impulsividad y la agresividad; aparecen la depresión y la inhibición. Empiezan los famosos “trastornos de conducta” (mienten, roban, son violentos, atención disminuida en clase).
4. Inicio de la adolescencia: conductas antisociales, se fugan del hogar, deambulan en la calle, roban, en que pueden entrar en contacto con las drogas, y finalmente los que entran en el mundo del delito.

Ampudia, (2007) identifican como indicadores emocionales en menores víctimas de maltrato, comportamiento y reacciones hostiles y distantes, problemas de conducta, agresividad y alta exigencia, se muestran rabiosos y tienden a mostrar conducta hipervigilante, así mismo, son niños aislados miedosos, con elevada ansiedad, con gran pasividad, baja empatía, desinterés por lo demás y poca motivación por el entorno. De esta manera, resaltan que el maltrato es un problema que requiere especial atención, ya que su afectación llega a

dimensiones que inciden en el desarrollo general de los menores, dejando secuelas severas en el desarrollo de la personalidad, ya que a largo plazo una de las consecuencias más importantes es la violencia transgeneracional y la repetición de patrones de comportamiento, donde un niño maltratado tiene un alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a su pareja, o a sus hijos, resultando de esta manera que el maltrato infantil perdure de generación en generación (Bustos y cols., 2007).

1.5 Los mecanismos de adaptación a la violencia

Cualquiera que sea la organización de la personalidad del niño víctima de maltrato, son frecuentes dos tipos de mecanismos psicológicos de defensa que le permiten adaptarse a un medio hostil y amenazante. Convirtiéndose en estrategias que adopta el niño golpeado y que se ve obligado a desarrollar para sobrevivir a la situación de violencia. Los niños más pequeños, tienen muy pocas posibilidades de hacer frente al riesgo vital que representan los golpes. En el caso de los niños mayores, al niño no le queda otra alternativa que refugiarse en una serie de mecanismos de defensa para “controlar” la situación (Barudy, 1998).

El carácter esencial de la amenaza psicológica provocada por los actos de sus padres, es que éstos confrontan al niño a una situación de angustia extrema, ligada al hecho de ser destruido por el otro, que a su vez es la única fuente de cuidados y protección. En este callejón sin salida y poniendo su imaginación al servicio de su supervivencia, el niño elige entre dos alternativas (Barudy, 1998):

- Ser un niño extremadamente obediente, pasivo, y poco exigente, casi transparente, para pasar lo más desapercibido posible, evitando todo riesgo de confrontación susceptible de provocar un acceso de violencia por parte de uno de los padres, que en muchas ocasiones puede estar representado por la frase “OLVÍDENME POR FAVOR”.

- Adoptar el personaje del niño malo, justificando así los golpes y castigos que recibe. En este caso, el niño presentará comportamientos extremadamente difíciles, provocadores y coléricos con sus padres. Además de mostrarse violento fuera de la familia y aún más con los más pequeños y lo animales.

Representarse a sí mismo como “malo” y actuar de acuerdo con ello, será menos angustiante que simbolizar la idea de tener padres capaces de destruirlo (Barudy, 1998).

Sin embargo, ante tal problemática existen instituciones del gobierno que de acuerdo con el artículo primero de la Comisión sobre los Derechos del niño dice que: Todo ser humano que cuente con menos de 18 años, por su condición y características debe ser considerado una prioridad en la protección de los cuidados que se deben tanto por sus padres, familia y sociedad (UNICEF, 2008).

De esta manera tales instituciones tratan de velar por la protección del menor, considerado también en este estudio, con la finalidad de conocer qué instituciones deben de velar por la protección del menor ante sucesos violentos a los que son expuestos.

CAPITULO II

INSTITUCIONALIZACIÓN

Las instituciones son cuerpos normativos, jurídicos y culturales, conformados por un conjunto de ideas, creencias, valores y reglas que condicionan las formas de intercambio social. Aguilar (1986, en Español, 1996) por su parte, refiere que la institución es un cuerpo social que pone de manifiesto una idea o ideología a través de normas, procedimientos, objetivos, pautas y actividades; cuya función es regular las relaciones entre los hombres.

Desde el punto de vista etimológico Instituir refiere poner un tutor mediante el cual se mantiene erguido, ordenado y cohesivo, aquello que si no, sería fragmentado e incontrolable. De esta forma, es un lugar en el que una teoría se materializa y se lleva a la práctica social (Español, 1996).

Así mismo, al ser la institución una formación de la sociedad y de la cultura, cuenta por tal con un conjunto de formas estructurales sociales, instituidas por la ley y la costumbre; regula nuestras relaciones, no preexiste y se impone a nosotros. Por lo que, cada institución cumple con una finalidad que la identifica, la distingue y posee diferentes funciones que le son conferidas (Español, 1996).

2.1 División de las instituciones

En general, las instituciones tienen una finalidad que las identifica y las distingue, por lo que la gran variedad y cantidad de instituciones existentes llevan a cabo funciones diversas, que se dividen de acuerdo a la población a la que van dirigidas (Español, 1996):

1. Instituciones para personas que resultan incapaces e inofensivos (hogares para ancianos, ciegos, huérfanos e indígenas).

2. Instituciones para personas que requieren asistencia médica o psiquiátrica (hospitales generales y psiquiátricos).
3. Organizaciones para proteger a la comunidad contra quienes le implican un peligro (reclusorios, presidios, consejos tutelares y casas de orientación).
4. Instituciones destinadas al campo de carácter laboral- social (cuarteles, barcos, escuelas, etc.).
5. Instituciones religiosas (monasterios, conventos, etc.).

Así mismo, las instituciones pueden pertenecer a los siguientes sectores:

- **SECTOR PÚBLICO O SECTOR GOBIERNO:** empresas e instituciones que dependen del Estado en una economía nacional. La actividad económica del sector público abarca todas aquellas actividades que el Estado y sus empresas poseen o controlan. El papel y el volumen del sector público dependen en gran medida de lo que en cada momento se considera que constituye el interés público.
- **SECTOR PRIVADO:** parte de la economía de un país que no pertenece o no está controlada por el Estado. En el sector privado se incluyen las sociedades anónimas, sociedades de responsabilidad limitada, corporaciones, trabajadores autónomos, fundaciones, etc.
- **ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONGS) O TERCER SECTOR:** entidades con una amplia estructura nacional o internacional y con objetivos que pueden cumplirse mediante la influencia sobre los gobiernos y medios de comunicación, pero que no están constituidas como partidos políticos. Las ONGS se ocupan de una gran variedad de cuestiones y causas: el intercambio científico, la religión, la ayuda de emergencia y los asuntos humanitarios, etc.

Siguiendo la clasificación que Aguilar (1986, en Español, 1996) propone, dentro del primer grupo donde se encuentran las Instituciones de Asistencia Social, las cuales son un conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas encargadas del desarrollo de la familia, protección del infante y prestación de servicios de asistencia social. Estos organismos contribuyen a la integración familiar de menores, ancianos y personas con discapacidad en estado de abandono, orfandad o desventaja social; a través de la orientación, asesoría y apoyo de los servicios a la comunidad.

De esta manera, que la característica sobresaliente de las instituciones de custodia, radica en que son lugares que albergan a individuos clasificados o etiquetados por algunos especialistas como personas deficientes de algún sentido. En el caso de los niños, la deficiencia se encuentra en que no se pueden cuidar a sí mismos y requieren de uno o más adultos (Becerril y Sánchez, 2004).

Los factores por los que un niño ingresa a una institución son diversas y varían por diferentes causas pudiendo ser desde el fallecimiento de los tutores, la irresponsabilidad y egoísmo de los padres, donde en la mayoría de los casos el maltrato al menor se hace presente, se encuentran los menores en situación de abandono ó negligencia; niños víctimas de abuso sexual, violación, niños fugados del hogar, niños víctimas de maltrato físico en situaciones de peligro; o bien víctimas de la inadaptación familiar, de familias desintegradas, etc. (Rodríguez y Ortega, 2002).

Por lo que, la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, aprobada en la Asamblea General celebrada el 20 de noviembre de 1989, representa un momento histórico muy importante, ya que se reconoce a los niños como seres con derechos y necesidades que deben ser cubiertas para su buen desarrollo físico, emocional o psicológico y cognitivo.

De esta manera, que en diversos países del mundo, incluido México, existan instituciones de tipo gubernamental que establecieran leyes a favor de los niños, con el objetivo de proporcionarles protección y brindándoles un lugar seguro dentro de la sociedad, estas instituciones forman parte de los organismos de asistencia social generales que tienen como fin velar por la justicia y progreso del país.

En México, la Dirección General de Protección y Defensa del Menor, es la institución que cuenta con las leyes que lo protegen, además de ofrecer servicios especializados para el manejo de los casos. Es por ello, que en México existan dependencias de asistencia social para la protección del desvalido con servicios especializados; instituciones como: internados para niños y adolescentes, asilos, casas cuna, casas hogar y albergues que pertenecen al sector público, así como organismos de sector privado.

Donde la finalidad es proporcionar un albergue ya sea temporal o permanente a los sujetos o personas que padecen de abandono por diferentes motivos (Rodríguez y Ortega, 2002).

2.2 Albergue Temporal de la P.G.J.D.F.

Dentro de este rubro se encuentra el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (P.G.J.D.F.), donde su función radica en albergar a los menores que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, o delito que esté violando los derechos del menor. De tal manera que en esta institución se acogen niños de edades entre los 0 y los 12 años de edad, que son canalizados por el Ministerio Público.

El Albergue Temporal se encuentra adscrito a la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Es un lugar de estancia que recibe a los niños desamparados y les da protección mientras se les busca un destino permanente.

Tiene como objetivo otorgar asistencia y protección social, brindando atención integral, humana, empática y profesional a niños y niñas (Becerril y Sánchez, 2004).

Para la atención integral de los menores, el Albergue Temporal cuenta con diferentes áreas que persiguen los siguientes objetivos:

1. Área de Trabajo Social: brinda asistencia de apoyo a los menores para coadyuvar en la resolución de la problemática jurídica, familiar y social que motivó su ingreso.
2. Área de Psicología: ofrece apoyo a problemáticas emocionales y conductuales derivadas del motivo de ingreso, así como cuidar y estimular su adecuado desarrollo psicoemocional.
3. Área de Pedagogía: brinda a los menores una atención pedagógica, cultural, social y recreativa.
4. Área de Nutrición: proporciona una nutrición balanceada, hábitos y reglas en torno a la alimentación y convivencia.
5. Área Médica y Odontológica: brinda a los menores la atención y prevención médica y odontológica integral.

Los niños (as) se encuentran clasificados y distribuidos en grupos de acuerdo a su nivel de edad: Lactantes (0 a 2 años), Maternales (2 a 3 ½ años), Preescolares (3 ½ a 6 años) y Escolares I y II (6 a 12 años).

Los menores que se encuentran bajo la responsabilidad del Albergue Temporal, se encuentran involucrados, casi siempre, en hechos donde son objeto de delitos que lo convierten en víctima; siendo las causas principales: abandono, maltrato, conflictos familiares, familiar detenido, abuso sexual, enfermedad mental y/o incapacidad permanente por parte de los padres, extravío, o cualquier situación que dañe la integridad física o emocional del niño (Rodríguez y Ortega, 2002).

Por lo que, el Albergue Temporal es una institución encargada y obligada de velar por la salud y bienestar del menor víctima de maltrato, de acuerdo a lo señalado en los derechos de los niños.

2.3 Derechos de los niños

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 1989, retoma los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas: la libertad, la justicia y la paz en el mundo, basados en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; reafirmando la necesidad de proporcionar a los niños el cuidado y asistencia especiales debido a su vulnerabilidad, subrayando de manera especial la responsabilidad de la familia en cuanto a la protección y asistencia, la necesidad de una protección jurídica y no jurídica del niño antes y después del nacimiento, la importancia del respeto de los valores culturales de la comunidad del niño y el papel crucial de la cooperación internacional para que los derechos de los niños se hagan realidad (UNICEF, 2008).

Los artículos establecidos por la Convención reconocen que todos los menores de 18 años tienen derecho al pleno desarrollo físico, mental y social y a expresar libremente sus opiniones (UNICEF, 2008):

- Artículo 1. DEFINICIÓN DE NIÑO: Se entiende por niño todo ser humano desde su nacimiento hasta los 18 años, salvo que, en virtud de las leyes de su país, haya alcanzado la mayoría de edad.
- Artículo 2. LA NO DISCRIMINACIÓN: Todos los derechos se aplican a todos los niños, sin excepción alguna, y es obligación del estado tomar las medidas necesarias para proteger al niño de toda forma de discriminación.

- Artículo 3. EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO: Todas las medidas respecto al niño deben estar basadas en la consideración del interés superior del mismo. Corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres u otras personas responsables no tienen la capacidad de hacerlo.
- Artículo 5. DIRECCIÓN Y ORIENTACIÓN PATERNAS: Es obligación del Estado respetar las responsabilidades y los derechos de los padres y familiares de impartir al niño orientación apropiada a la evolución de sus capacidades.
- Artículo 6. SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO: Todo niño tiene derecho intrínseco a la vida y es obligación del Estado garantizar la supervivencia y el desarrollo del niño.
- Artículo 9. SEPARACIÓN DE LOS PADRES: El niño tiene derecho a vivir con sus padres, excepto en los casos en que la separación sea necesaria para el interés del propio niño. Es derecho del niño no mantener contacto directo con ambos padres, si está separado de uno de ellos o de los dos. Corresponde al Estado responsabilizarse de este aspecto, en el caso de que la separación haya sido producida por acción del mismo.
- Artículo 12. OPINIÓN DEL NIÑO: El niño tiene derecho a expresar su opinión y a que ésta se tenga en cuenta en todos los asuntos que le afectan.
- Artículo 18. RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES: Es responsabilidad primordial de ambos padres la crianza de los niños y es deber del Estado brindar la asistencia necesaria para el desempeño de sus funciones.
- Artículo 19. PROTECCIÓN CONTRA LOS MALOS TRATOS: Es obligación del Estado proteger a los niños de todas las formas de los malos tratos perpetrados por los padres o cualquier otra persona responsable de su cuidado y establecer medidas preventivas de tratamiento al respecto.

- Artículo 20. PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS PRIVADOS DE SU MEDIO FAMILIAR: Es obligación del Estado proporcionar protección especial a los niños privados de su medio familiar y asegurar que puedan beneficiarse de cuidados que sustituyan la atención familiar o de la colocación en un establecimiento apropiado, teniendo en cuenta el origen cultural del niño.
- Artículo 21. ADOPCIÓN: En los estados que reconocen y/o permiten la adopción, se cuidará de que el interés superior del niño sea la consideración primordial y de que estén reunidas todas las garantías necesarias para asegurar que la adopción sea admisible, así como las autorizaciones de las autoridades.
- Artículo 23. NIÑOS IMPEDIDOS: Los niños mental o físicamente impedidos tienen derecho a recibir cuidados, educación y adiestramientos especiales, destinados a lograr su autosuficiencia e integración activa a la sociedad.
- Artículo 24. SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS: Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.
- Artículo 25. EVALUACIÓN PERIÓDICA DE LA INTERNALIZACIÓN: El niño que ha sido internado por las autoridades competentes para su atención protección o tratamiento de salud física o mental, tiene derecho a una evaluación periódica de todas las circunstancias que motivaron su internamiento.

- Artículo 32. TRABAJO DE MENORES: Es obligación del Estado proteger al niño contra el desempeño de cualquier trabajo nocivo para su salud, educación o desarrollo; fijar edades mínimas de admisión al empleo y reglamentar las condiciones del mismo.
- Artículo 33. USO Y TRÁFICO DE ESTUPEFACIENTES: Es derecho del niño a ser protegido del uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas e impedir que estén involucrados en la producción o distribución de tales sustancias.
- Artículo 34. EXPLOTACIÓN SEXUAL: Es derecho del niño ser protegido de la explotación y el abuso sexual, incluyendo la prostitución y su utilización en prácticas pornográficas.
- Artículo 35. VENTA, TRÁFICO Y TRATA DE NIÑOS: Es obligación del Estado tomar medidas necesarias para prevenir la venta, el tráfico y trata de niños.
- Artículo 37. TORTURA Y PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD: Ningún niño será sometido a la tortura, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la pena capital, a la prisión perpetua y a la detención o encarcelación ilegales o arbitrarias. Todo niño privado de la libertad deberá ser tratado con humanidad, estará separado de los adultos, tendrá derecho a mantener contacto con su familia y tener pronto acceso a la asistencia jurídica u otra asistencia adecuada.
- Artículo 39. RECUPERACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL: Es obligación del Estado tomar medidas apropiadas para que los niños víctimas de tortura, conflictos armados, abandono, malos tratos o de explotación, reciban un tratamiento apropiado, que asegure su recuperación y reintegración social.

La infancia es la etapa más valiosa del ser humano, en la que se debe jugar, crecer y respetar sus derechos ya que todos los niños y niñas del mundo deben de

tener la oportunidad de desarrollar su potencial, soñar y hacer realidad sus planes para tener un futuro digno de ser humano (Ávila y Lara, 2003).

La infancia por tal es una etapa muy importante, por lo tanto, es necesario proteger al niño y favorecer su desarrollo de manera cuidadosa, ya que ante sucesos traumáticos como el maltrato, se generan afectaciones tanto a nivel físico, cognitivo, como emocional o psicológico, que afectan de manera significativa al menor. Por ello, es importante hacer referencia a la ansiedad como un comportamiento presente en todo ser humano, pero que cuando se incrementa puede llegar a alterar a los menores manifestándose en un nivel de ansiedad no adecuado, motivado por múltiples causas entre ellas, un ambiente de maltrato, por ello es necesario revisar sobre el tema de la ansiedad.

CAPITULO III

ANSIEDAD

La ansiedad como la mayoría de los términos psicológicos no es fácil de definir. Por tanto, diversos psicólogos han intentado definir la ansiedad con el propósito de entender dicho comportamiento en el ser humano.

Se ha definido la ansiedad como un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión surgidas de la anticipación de una amenaza, real o imaginaria (Papalia y Wendkos, 2001), o bien como aprensión, temor o desasosiego parecido al miedo, pero basado en una amenaza poco clara (Coon, 2001). Mientras que algunos psicoanalistas prefieren retomar el término de angustia, motivo por el cual se generan confusiones, la definen de la misma manera como vivencia penosa que implica noción de amenaza, de inseguridad, cuyos orígenes no percibe claramente el sujeto (Poyuelo, 1984). Marcelli y Ajuriaguerra (2004) señala que la ansiedad es un afecto penoso asociado a una actitud de espera de un acontecimiento imprevisto pero experimentado como desagradable, acompañada de un cortejo de manifestaciones somáticas.

De esta manera, han existido numerosos esfuerzos por definir la conducta ansiosa en el individuo, no obstante, la ansiedad en términos generales para Gándara (1999) es:

- Una sensación que todo ser humano puede experimentar.
- Algo normal en la vida de las personas.
- Una reacción o respuesta a acontecimientos de la vida.
- Puede ser más o menos intensa.
- Afectará más a unas personas que a otras dependiendo de su carácter.
- Puede ser necesaria y buena para adaptarse a los problemas de la vida y superarlos o puede ser todo lo contrario: perjudicial e inapropiada.

La ansiedad, por tanto, se percibe como un estado anímico relacionado con un desencadenante, es decir, la ansiedad puede ser respuesta de algo, pero también puede “nacer de adentro”, surgir dentro de nosotros mismos, con razón o sin razón aparente, “estoy nervioso y no sé por qué”. Este estado de inquietud, desasosiego, nerviosismo, etc., es aún más doloroso que cuando es algo concreto lo que motiva la respuesta ansiosa. Por todo lo descrito anteriormente es debido a que la ansiedad se puede distinguir por ser: “reactiva o exógena” y “endógena” (Gándara, 1999).

ANSIEDAD REACTIVA	ANSIEDAD ENDÓGENA
Motivada por un desencadenante, con una relación comprensible con un suceso o una anticipación a algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a ella o anormal para dificultar la adaptación.	Aparentemente inmotivada, surge sin razón o a causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa.

Así mismo, la ansiedad también puede ser buena y necesaria dentro de la vida del sujeto, para adaptarse y superar los problemas que se le presentan, clasificándola a este tipo de ansiedad como “normal”, en contraste con aquella ansiedad que paraliza al sujeto, convirtiéndose de esta manera en perjudicial e inapropiada o bien “patológica”, es decir, cuando ésta es una respuesta a algo que sucede en la vida cotidiana de cada persona (ejemplo: un examen), el hecho de sentirla supone que existe un interés por el problema, se trata de resolverlo, y prepararse para ello movilizándose todos los recursos del sujeto. Gándara (1999) señala que la ansiedad puede ser normal, no obstante, cuando la ansiedad más que ayudar dificulta el rendimiento, empieza a ser patológica, pues provoca sufrimiento y no sirve para resolver las causas que lo motivan, por ejemplo, si ante un examen se experimenta tanta ansiedad y el resultado de ello es reacciones como temblor de piernas y la mente en blanco, la persona suspenderá el examen y probablemente sin haberlo resuelto. Por lo que, define cada una en la siguiente tabla (Gándara, 1999):

ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD ANORMAL
Adaptativa y útil para resolver los problemas de la vida, controlable y lógica, que, aunque puede ser incómoda, no implica sufrimiento grave.	Inútil, excesiva, inapropiada; no sirve para adaptarse y por el contrario dificulta el rendimiento y la adaptación.

Ahora bien, la ansiedad ha sido abordada y estudiada a través de diversos enfoques o perspectivas para su explicación y posibles tratamientos.

3.1 Enfoques teóricos explicativos de la ansiedad

La ansiedad ha sido explicada desde diversas perspectivas o enfoques los cuales no son meramente excluyentes si no que por el contrario, son parte de un gran rompecabezas.

TEORÍAS BIOLÓGICAS: En primer término se encuentran las teorías biológicas que enfatizan que la ansiedad es una serie de reacciones neurofisiológicas, llevadas a cabo a través de vías neuroquímicas y circuitos que hacen que una persona perciba un hecho o suceso como amenaza ya sea real o imaginaria; enfatizando que una reacción de ansiedad no estará determinada o se desencadenará por un factor estresante, refiriendo con ello la probabilidad de un “sustrato biológico específico”, que logra que el organismo active los mecanismos neuroquímicos y que se efectúe la conducta ansiosa, tal como lo menciona Hollander y Simeon (2004) algunos fármacos tienen la capacidad potente y específica de inducir crisis de angustia.

Esta base teórica a través de sus modelos explicativos sobre la ansiedad, enfatizan la importancia de la unión del complejo GABA- receptor de benzodiazepinas, la modulación de la serotonina, y la importancia de la

sensibilidad del Eje hipotálamo- hipofiso- suprarrenal, que interviene en la ansiedad de anticipación, como estructura importante del desencadenamiento fisiológico de la ansiedad (Hollander y Simeon, 2004).

TEORÍAS PSICOLÓGICAS: Dentro de las teorías psicológicas que explican la ansiedad, se encuentran las teorías psicodinámicas, conductistas o conductual y cognitivas.

Teoría psicodinámica. A partir de lo planteado por Freud (1894- 1895, en Hollander y Simeon, 2004), se establece que la ansiedad se originaba por una energía sexual no liberada, o a impulsos sexuales prohibidos en el inconsciente que son reprimidos por el preconscious. No obstante, las teorías sobre los orígenes de la ansiedad por Freud se iban modificando de acuerdo, a las observaciones en análisis y estudios que lo llevaron a que en 1926, estableciera que la ansiedad era más bien un afecto del Yo, que actuaba como una señal, que advertía al Yo de peligros internos. El peligro se originaba en un conflicto intrapsíquico entre los impulsos instintivos del Ello, las prohibiciones del Superyó y las exigencias de la realidad externa (Hollander y Simeon, 2004).

Manifestando por tanto que la ansiedad es el resultado de un conflicto intrapsíquico, en el que la ansiedad es la señal para que el “Yo” ponga en función mecanismos de defensa como la represión y no al contrario, con el fin de evitar la situación de peligro y de esta manera permitir sólo la gratificación parcial de los deseos intelectuales que ayude a que desaparezca la señal de ansiedad.

Por lo que, Freud (1895, en Hollander y Simeon, 2004) se centró en la importancia de los impulsos sexuales y del conflicto edípico como origen de la ansiedad, mientras que teóricos psicoanalistas posteriores como Melanie Klein (1948, en Solloa, 2001) prestaron más atención a la importancia de los impulsos agresivos y de la dinámica preedípica, donde desde el nacimiento existe ya un “Yo” capaz de

experimentar angustia y de establecer relaciones primitivas de objeto en la imaginación y en la realidad.

Teoría conductista o conductual. La ansiedad en los niños la han explicado desde el punto de vista del condicionamiento clásico y operante (Solloa, 2001). Por lo que, la ansiedad como el fruto del condicionamiento, es el resultado de un aprendizaje que subyace frente al temor a determinados estímulos ambientales, produciéndose de esta manera una asociación o acondicionamiento que genera el comportamiento ansioso en la persona como: palpitaciones cardíacas, pulso acelerado, hueco en la boca del estómago, sudoración, temblor, sobresalto y resequedad en la boca (Mussen y Janeway, 1975).

El conductismo propone que la ansiedad es mantenida por reforzamiento, ya que cuando algo es angustiante existe una recompensa automática al evitarla (alivio); de esta manera, la evitación se convierte en una respuesta aprendida que tiene que repetirse. Con el surgimiento de Bandura, se añadió a esta perspectiva que los miedos y las respuestas de ansiedad se pueden también adquirir al observar un modelo que es expuesto a un acontecimiento traumático, este dato fue de suma importancia para explicar el hecho ya conocido de que los niños tienden a adoptar muchos de los miedos de los padres (Solloa, 2001).

Teoría cognitiva. Visualiza la ansiedad como un constructo multidimensional con manifestaciones en el nivel conductual, cognitivo y fisiológico (Solloa, 2001). Por lo que, implica el funcionamiento de los procesos del pensamiento, considerados elementos internos del sujeto como base importante para explicar cualquier conducta, como lo es la ansiedad, a diferencia de las teorías conductistas que sólo implican la conducta como medio explicativo, dejando a un lado el factor interno del sujeto.

Explican la ansiedad como un conjunto de distorsiones cognitivas elaboradas en el transcurso de la vida de la persona, que implican pensamientos negativos

originados en la experiencia negativa del mundo como un lugar peligroso o inseguro y el establecimiento de vinculaciones precoces de tipo ansioso con cuidadores importantes (Hollander y Simeon, 2004).

De esta forma el comportamiento ansioso está presente a lo largo de la vida, a partir del nacimiento, hasta aquel último momento en que dejamos de existir. Por tanto, es importante precisar la ansiedad infantil, con la finalidad de diferenciar los rasgos de ansiedad normales que forman parte del desarrollo de todo niño, de aquellos que empiezan a ser síntoma de una patología en el infante.

3.2 Ansiedad Infantil

Como se menciona, la ansiedad es una respuesta normal y que ayuda a la adaptación ante amenazas reales o imaginarias que preparan al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Si esta ansiedad remite a estímulos específicos, se habla propiamente de miedo; y la mayoría de los niños experimentan muchos temores leves, transitorios y asociados a una determinada edad que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo, tal como se describe en la siguiente tabla.

Miedos evolutivos normales más frecuentes en las fases del desarrollo infantil

Edad	Temores más frecuentes
• 1 años	• Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas.
• 2- 4 años	• Animales, tormentas.
• 4- 6 años	• Oscuridad, brujas y fantasmas. Catástrofes, separación de los padres.
• 6- 9 años	• Daño físico, ridículo.
• 9- 12 años	• Accidentes, enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflicto entre los padres.
• 12- 18 años	• Relaciones interpersonales, pérdida de autoestima.

Tabla. 1. Miedos evolutivos más frecuentes en las diferentes fases que conforman el desarrollo infantil (Echeburúa, 1998).

A medida que el niño crece y se desarrolla la capacidad de recordar el pasado y de prever el futuro, sus miedos van formulándose cada vez más en términos de peligros imaginarios o remotos, o bien en términos de desgracias que no le dañen inmediatamente pero que le puede afectar en el futuro. Por ello, la ansiedad se presenta cuando el niño experimenta sensaciones desagradables y se encuentra en una situación en la que “anticipa” que algo doloroso o molesto puede ocurrir, o cuando no está seguro de los acontecimientos futuros.

La dificultad para establecer cómo comienza la ansiedad desde la infancia, donde el dolor es parte importante o determinante de la ansiedad, ya que el niño experimenta dolor frecuentemente, el dolor intenso de un cólico, las punzadas de hambre, entre otros; de esta manera, a medida que el niño continúa experimentando una asociación entre las primeras punzadas de hambre y las sensaciones posteriores más dolorosas, no tardará en anticipar los sentimientos dolorosos durante las primeras etapas de hambre. De esta forma, dicha anticipación de dolor conduce a la ansiedad (Hollander y Simeon, 2004).

Por su parte, se ha sugerido también, que la ansiedad en el niño surge ante estímulos discrepantes, esto es, cuando un estímulo contiene tanto elementos conocidos, como no conocidos. En un estímulo completamente desconocido o novedoso, al niño le provocará menos miedo que el que contenga algunos elementos conocidos en un contexto en general desconocido. De esta manera, a medida que el niño va madurando, y aprende algunas reglas acerca del mundo, formándose imágenes y expectativas del ambiente, no obstante, si las expectativas de lo que percibe se contrarían de manera significativa o no se confirman, entonces el niño se pondrá ansioso (Hollander y Simeon, 2004).

De esta manera, es importante mencionar que los tipos de situaciones a los que la ansiedad puede quedar ligada, se encuentran en función de las experiencias del niño. Dichas experiencias que el menor puede vivir, existen diversas que causan ansiedad, tomando en cuenta las siguientes (Hollander y Simeon, 2004):

- *Ansiedad producida por un daño físico potencial*, cuando el niño asocia algunos estímulos con un dolor posible o un peligro posible para su bienestar físico.
- *Ansiedad por pérdida de amor*, la ansiedad generada por anticipar la retirada de una fuente de afecto, de cuidados o de aceptación.
- *Culpa*, estado especial de la ansiedad, que aparece después de los tres o cuatro años, que implica el haber violado una norma o regla.
- *Ansiedad provocada por la incapacidad de dominar el ambiente*, donde existe una percepción de incapacidad de enfrentarse a los problemas y las tensiones del ambiente.

Desde un enfoque conductista, la ansiedad infantil, es algo que el niño aprende, esto es, un condicionamiento o asociación de estímulos, donde los componentes fisiológicos de la ansiedad no son aprendidos, sino que forman parte de la “constitución” del niño. Lo que el niño aprende es una asociación entre una persona, un objeto o una situación, y los sentimientos, imágenes y reacciones fisiológicas combinadas que caracterizan la ansiedad. Es la activación de la ansiedad lo que es aprendido. Por ejemplo un niño de dos años de edad podría aprender a temerles a los perros grandes porque su madre se pusiese histérica cada vez que uno viniese hacia ella. Una vez que la conexión entre la presencia de un perro y la ansiedad se ha aprendido, el niño aprenderá a huir de los perros.

Desde un enfoque psicoanalista, consideran que la ansiedad infantil o la angustia en el curso del desarrollo, es un sufrimiento psíquico subproducto inevitable de la dependencia del niño y de los propios procesos normales del desarrollo. Los niños pequeños sufren con intensidad por cuanto retrasa, limita y frustra sus necesidades corporales y brotes pulsionales. Sufren por las separaciones que les alejan de sus primeros objetos de amor, sea cual fuere el motivo. Sufren por las decepciones reales o imaginarias que les afectan. La angustia forma parte de la

vida de todo niño, aunque puede ser también la traducción de una evolución de carácter patológico (Poyuelo, 1984).

Así mismo, la angustia consiste en una señal de alarma y empuja al Yo infantil a la utilización de los diversos mecanismos de defensa que tiene a su disposición, a fin de luchar contra el peligro presentado experimentado como peligroso. La angustia es un elemento de la función de defensa del Yo que movilizará sus energías y pondrá en juego todos los procedimientos de lucha ante un peligro interno. Por tanto en el adulto, como en el niño, la energía vital se muda en angustia a partir del momento en que no puede alcanzar la satisfacción (Freud, 1923, en Eissler, 1998).

Por su parte, Poyuelo (1984) refiere que en el caso del niño, el origen de la ansiedad no es otra cosa que un sentimiento de ausencia de la persona amada, cuya separación deja la energía vital inutilizada por no tener ésta un objeto al que dedicarse.

En el esfuerzo de precisar la ontogénesis de la angustia en el niño, diversos psicoanalistas han llegado a desarrollar puntos de vista muy importantes e interesantes, pero que a veces divergen entre sí.

Para Spitz, el bebé en un principio reconoce estados de tensión fisiológica desagradables dentro del primer semestre de vida, que él maneja como precursores de la angustia. En el segundo semestre, experimentará angustia a razón de identificar claramente a la madre, cuya pérdida, aunque breve movilizará en él penosos afectos, lo que él denomina la angustia frente al extraño al octavo mes (en Marcelli y Ajuriaguerra, 2004).

Para M. Klein, existe desde el nacimiento un Yo capaz de experimentar la angustia, de emplear mecanismos de defensa (introyección y proyección) y de establecer relaciones primitivas de objeto en la imaginación y en la realidad. En

consecuencia el Yo inmaduro del bebé quedará tempranamente expuesto a la angustia suscitada por la bipolarización innata de sus tendencias, el conflicto entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte. En un primer tiempo, el niño, viviendo alternativamente “buenas” y “malas” experiencias, experimentará en ocasiones éstas últimas con una angustia calificada como esquizoparanoica en razón de la división y de la dimensión persecutiva de lo vivido. Después poco a poco, en el segundo semestre, al acceder el pequeño a una representación más clara y más coherente del mundo exterior y a un reconocimiento de la madre como persona total, fuente a la vez de “buenas” y de “malas” experiencias, llegaría a experimentar una gran ambivalencia hacia ella y una angustia depresiva desencadenada, por ejemplo, en ocasión de una separación o de una frustración. Dicho de otro modo, este tipo de angustia depresiva está muy vinculada a la agresividad experimentada con relación a un objeto. En definitiva, puede decirse en esta perspectiva que la señal de un desarrollo satisfactorio es la posibilidad del sujeto de asumir su propia agresividad respecto a los demás y la agresividad de los demás respecto a sí mismo (en Marcelli y Ajuriaguerra, 2004).

Para Marcelli y Ajuriaguerra (2004) la angustia surge cuando la dotación madurativa del niño no puede responder de forma adecuada a una tensión experimentada como amenazadora. Las autoras distinguen las manifestaciones preverbales de la angustia y aquellas que surgen cuando el niño puede expresar mediante palabras lo que siente.

- *Angustia preverbal de bebé:* señala la importancia de la observación y empatía materna para poder reconocer lo que al bebé le provoca malestar y displacer, incluso Winnicott llega a considerar que ciertas convulsiones del niño pequeño podrían ser manifestaciones de una angustia psíquicamente insuperable, que la madre no ha sabido reconocer o identificar, por características de baja empatía para con su hijo.

- *Ansiedad del niño:* las autoras señalan que el niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. Sobre este <<fondo ansioso>>, hace al niño irritable y fácilmente inquieto por su salud física, pueden sobrevenir episodios agudos, auténticos ataques de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo o interno.

Episodio agudo de angustia: cuanto más pequeño es el niño, tanto más rico es el contexto somático: vómitos, cefaleas, dolores abdominales o de las extremidades. El niño parece aterrado, sudoroso, se resiste al “razonamiento”. Antes de los 7- 8 años, sólo la presencia del padre o de la madre es susceptible de calmar realmente el acceso de angustia. El ejemplo más típico de ello es el terror nocturno. Con el paso de la edad, el niño exterioriza su angustia, no mediante palabras, pero si mediante acciones. Así, el corolario de la crisis de angustia será, hacia los 11- 12 años, el paso al acto bajo formas diversas: crisis de cólera, exigencias insaciables, fugas, distintos trastornos de conducta. El riesgo estriba entonces en que la ansiedad del adulto provoque un espiral ascendente en la que la angustia de uno aumente la del otro. La contención física firme pero benevolente y la limitación de la destructividad del niño representan las mejores actitudes en orden a calmar en un principio estos accesos agudos de angustia.

Manifestaciones hipocondríacas: el recurso al lenguaje del cuerpo es tanto más frecuente y normal cuanto más pequeño es el niño. No obstante, con el tiempo, se observa la existencia de una fijación al nivel de quejas somáticas. A partir de los 7- 8 años puede observarse:

1. *Inquietud permanente sobre la salud o una enfermedad eventual.*
2. *Vaga fatiga que impide el trabajo e incluso el juego.*
3. *Dolores o malestar de localización diversa: cefaleas, trastornos visuales, quejas abdominales, náuseas, dolor de piernas, de espalda etc.*

Por otra parte, para Solloa, (2001) la ansiedad en los niños tiene mucho que ver con el clima emocional en la familia y la calidad afectiva de la relación entre el niño y sus padres, en el que se ha estudiado patrones de comportamiento y actitudes que incluyen conceptos como la sobreprotección, el autoritarismo, la intrusividad, la posesividad, el apego hostil, la expresión de afectos y el rechazo, entre otras.

Para Sullivan (1978, en Solloa, 2001) la ansiedad es un producto exclusivo de la actitud de la madre, cuando la madre da su aprobación, el niño está contento; cuando desaprueba, el pequeño se mostrará ansioso. Así, para éste autor, la ansiedad es generada por los procesos de educación, y considera que las sensaciones más susceptibles de generar ansiedad son aquellas en las que la madre niega su cariño y su ternura.

Las líneas de estudio sobre las prácticas de crianza y la ansiedad infantil, se ha encontrado que los niños ansiosos perciben a sus padres como controladores y rechazantes, a sus familias como poco cohesivas y más preocupadas por la reputación y la opinión que por lo afectos. Así que, las prácticas de crianza inadecuadas están relacionadas con afectos negativos tanto en el niño como en los padres (Solloa, 2001).

Ahora bien, la ansiedad como se ha referido desde un inicio puede ser “normal” siendo parte importante del desarrollo de todo niño, no obstante, también la ansiedad puede remitir a la posibilidad de ser la traducción de una evolución patológica en el desarrollo del infante, cuando ésta más bien es excesiva y limita la movilización de los recursos adecuados en el menor, puede dar lugar al desarrollo de los trastornos de ansiedad en la infancia, no dejando de tomar en cuenta lo que menciona Solloa (2001) acerca de que la frontera entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica no es fácilmente destacable.

3.3 Trastornos de ansiedad en la infancia

El conocimiento sobre los trastornos de ansiedad en la vida adulta, radica en que muchos de ellas surgen en la infancia, por lo que el interés por delimitar los trastornos de ansiedad en la infancia ha sido de vital importancia (Echeburúa, 1998).

De acuerdo con el DSM-IV (1995), hay tres trastornos de ansiedad característicos de la infancia y de la adolescencia: la ansiedad de separación, el trastorno de evitación y la ansiedad excesiva; en los dos primeros la ansiedad está asociada a situaciones concretas y en el tercero, la ansiedad es inespecífica y surge a partir de situaciones muy variadas.

Una clasificación de los Trastornos de Ansiedad más amplia la presenta Echeburúa (1998) presentando la siguiente clasificación:

Trastornos fóbicos

- Fobias específicas
- Fobia escolar
- Trastorno de evitación

Trastorno de ansiedad sin evitación fóbica

- Ansiedad de separación
- Ansiedad excesiva

Otros trastornos de ansiedad

- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Dentro de tal clasificación, se excluyen los trastornos de ansiedad de adultos, ya que si éstos tienen su raíz en la infancia, la continuidad no está siempre clara. Así

mismo, se incluyen los trastornos fóbicos por la significación que éstos tienen en la clínica infantil; mientras que el trastorno de evitación se incluye en el apartado de trastornos fóbicos, porque en él lo que predomina es la evitación fóbica a personas desconocidas.

Wekerle, Millar, Wolfe y Spindel (2007) enfatizan en los síntomas generales de ansiedad que el niño puede experimentar ante un trastorno de ansiedad, sobre todo cuando dichos síntomas de ansiedad interfieren significativamente en su funcionamiento. En la siguiente tabla se presentan la sintomatología de ansiedad:

Sintomatología de Ansiedad, (Wekerle y cols., 2007).

Trastorno de ansiedad generalizada

Inquietud

Fatiga

Dificultad para concentrarse

Irritabilidad

Tensión muscular

Perturbación del sueño

Trastorno de ansiedad por separación

Angustia recurrente y excesiva al anticipar la separación de la figura de afecto.

Preocupación persistente y excesiva por perder una figura de afecto o que ésta resulte lastimada de alguna manera.

Preocupación persistente y excesiva de separarse de una figura de afecto a causa de algún suceso imprevisto.

Rechazo escolar o negarse a salir de casa si se requiere una separación.

Temor o poca disposición a estar solo.

Rechazo o poca disposición a dormir sin que esté cerca una figura de afecto.

Pesadillas con temas de separación.

Dolencias somáticas (dolores de cabeza o estómago, náuseas, vómitos) al separarse o anticipar una separación de una figura de afecto.

No obstante, no existen datos sobre los trastornos de ansiedad en la infancia en México, lo que da la pauta a realizar investigaciones sobre el tema, considerando la importancia de la conducta ansiosa en menores que han sufrido sucesos traumáticos como lo es el maltrato infantil, para su abordaje y tratamiento.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Justificación y Planteamiento del Problema

El estudio de la ansiedad en el ser humano, es una conducta que ha sido abordada y analizada desde diversos enfoques y distintas perspectivas, que van desde un contexto social hasta posiciones puramente biológicas, que además, han propuesto diversas formas de evaluación y alternativas de tratamiento.

El motivo que genera el comportamiento ansioso en el niño, se debe a los propios procesos normales del desarrollo. Sin embargo, se ha encontrado que puede ser también la traducción de una evolución de carácter patológico.

Las investigaciones relacionadas con la ansiedad se enfocan desde diversos puntos de vista teóricos, de esta manera tanto los objetivos como las conclusiones son diferentes, lo que permite una exploración aún más extensa y amplia sobre el tema. Sin embargo, a pesar de que existen estudios en México los trabajos son escasos, de ahí la importancia de llevar a cabo esta investigación.

Las estadísticas acerca del maltrato infantil son alarmantes, se estima que cientos de miles de niños han recibido abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes. Los menores viven marcados por el trauma emocional, que perdura mucho después que los daños físicos, estas heridas emocionales ocultas pueden ser tratadas, por lo que el reconocer, evaluar oportunamente y dar tratamiento inmediato es importante para minimizar los efectos a largo plazo causados por el abuso o maltrato.

Los niños que han sido abusados pueden exhibir una pobre auto-imagen, incapacidad para depender de, confiar en, o amar a otros, conducta agresiva,

problemas de disciplina, coraje y rabia, comportamiento auto-destructivo o auto-abusivo, pasividad y comportamiento retraído, miedo de establecer relaciones o de comenzar actividades nuevas, ansiedad y miedos (Ampudia, 2006).

A menudo el daño emocional severo a los niños maltratados no se refleja hasta la adolescencia, o aún más tarde, cuando muchos de estos niños maltratados se convierten en padres abusivos y comienzan a maltratar a sus propios hijos. Un adulto que fue abusado de niño tiene dificultades para establecer relaciones personales íntimas. Estas víctimas, tanto hombres como mujeres, pueden tener problemas para establecer relaciones cercanas, para establecer intimidad y confiar en otros al llegar a adultos. Están expuestos a un riesgo mayor de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, enfermedades médicas y problemas en la escuela o en el trabajo. Sin el tratamiento adecuado el daño puede perdurar de por vida (Ampudia, 2006).

Con base en lo anterior, el objetivo principal de la presente investigación es determinar y comparar el nivel de ansiedad total y comportamiento de respuesta en cada una de las subescalas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997) al ingresar los niños que han sido víctimas de maltrato que se encuentran institucionalizados (Albergue Temporal de la P.G.J.D.F.), con un grupo de niños escolarizados sin antecedentes de maltrato. Por lo que para este estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Los menores que ingresan a una institución de protección, porque han sido expuestos a situaciones de maltrato presentan un alto nivel de ansiedad total y en sus cuatro subescalas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997) a diferencia de aquellos que no lo han estado?

4.2 Objetivo general

Identificar y comparar el nivel de ansiedad total en ambas poblaciones, así como analizar y comparar el comportamiento de respuesta de los menores de acuerdo con las cuatro subescalas del instrumento: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales y de concentración y mentira de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997) en un grupo de niños con antecedentes de maltrato que recién ingresan a la institución y en un grupo de niños escolarizados no institucionalizados sin antecedentes de maltrato.

4.3 Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de ansiedad en niños con maltrato y en niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).
2. Identificar el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de ansiedad fisiológica en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).
3. Identificar el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de inquietud e hipersensibilidad en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).
4. Identificar el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de preocupaciones sociales y de concentración en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).

5. Identificar el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de mentira en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).

4.4 Hipótesis conceptual

El nivel de ansiedad y el comportamiento de respuesta en las cuatro subescalas del instrumento: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales y de concentración y mentiras de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997), en niños víctimas de maltrato puede ser diferente a niños que no han sido expuestos al maltrato.

4.5 Hipótesis específicas

- H₁ Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).
- H₂ Existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de ansiedad fisiológica en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).
- H₃ Existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de inquietud e hipersensibilidad en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).

- H₄ Existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala preocupaciones sociales y de concentración en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).
- H₅ Existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de mentira en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997).

4.6 Variables

- Ansiedad
 1. Ansiedad Fisiológica
 2. Inquietud e Hipersensibilidad
 3. Preocupaciones Sociales y Concentración
 4. Mentira

- Maltrato infantil

4.7 Definición de Variables

- **Ansiedad.** Aprensión, temor o desasosiego parecido al miedo pero basado en una amenaza poco clara (Coon, 2001). Es un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión surgidas de la anticipación de una amenaza, real o imaginaria. La ansiedad se define como “normal” o “neurótica”, según que la reacción del individuo sea, o no, apropiada a la situación que la causó. Sigmund Freud consideraba normal u objetiva la ansiedad que se produce como reacción ante una amenaza real del mundo exterior, y neurótica a la ansiedad resultante de impulsos

internos inaceptables que el individuo procura controlar (Papalia y Wendkos, 2001). Afecto penoso asociado a una actitud de espera de un acontecimiento imprevisto pero experimentado como desagradable, acompañada de un cortejo de manifestaciones somáticas (Marcelli y Ajuriaguerra, 2004). Medidas a partir de las escalas, ansiedad filológica, inquietud e hipersensibilidad, problemas sociales y de concentración y mentira de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997) definidas a continuación.

Ansiedad Fisiológica: subescala que pretende identificar si el niño experimenta ansiedad y si ésta la manifiesta físicamente (sudoración de manos, palpitaciones, etc.); esta subescala cuenta con 10 reactivos, ejemplo: “Me cuesta trabajo tomar decisiones”, “Muchas veces siento que me falta el aire”, etc.

Inquietud e Hipersensibilidad: subescala conformada por 11 reactivos, por ejemplo: “Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero”, “Muchas cosas me dan miedo”, etc.

Preocupaciones Sociales y Concentración: subescala que cuenta con 7 reactivos únicamente, tales como: “Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí”, “Los demás son más felices que yo”, etc.

Mentira: subescala de validez del instrumento conformada por 9 reactivos como: “Nunca digo mentiras”, “Siempre soy amable”, entre otros.

- **Maltrato Infantil.** Es la acción, omisión o trato negligente, no accidental que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran en su desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas instituciones o la propia sociedad (Casado, Díaz y Martínez, 1997). Para Wekerle, Millar, Wolfe y Spindel (2007) por su parte, el maltrato infantil es la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o

intervención legal). Mientras que la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) lo define como: Todo acto u omisión encaminada a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor (UNICEF, 2008).

4.8 Muestra

La muestra fue no probabilística intencional y por cuota debido a que los sujetos se seleccionaron mediante un proceso informal, en donde además, no todos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, sino que dependió de la decisión del investigador (Kerlinger, 1988).

Los criterios para la selección fueron los siguientes:

- Edad entre 6 y 12 años
- Que se encontraran en el Albergue Temporal de la P.G.J.D.F.
- Y que pertenecieran a una escuela de nivel de primaria para el grupo de menores no institucionalizados sin antecedentes de maltrato.

4.9 Sujetos

Para esta investigación se consideraron 122 menores integrados en dos grupos (61 niños víctimas de maltrato seleccionados del Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y 61 niños de una escuela primaria sin antecedentes de maltrato) con edades entre 6 y 12 años, no importando el sexo.

4.10 Tipo de Estudio

Se trata de un diseño No Experimental descriptivo de campo comparativo. No experimental, ya que en este tipo de estudio, no se construye ninguna situación, sino que por el contrario se observan situaciones ya existentes y no provocadas

intencionalmente por el investigador. Las variables (independientes) ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas (Hernández, Fernández y Baptista, 2002).

Se trató de un estudio descriptivo, ya que se seleccionaron una serie de cuestiones y se midieron cada una de ellas independientemente, aunque las mediciones de dichas variables pudieron ser integradas para explicar cómo se manifiesta el fenómeno de interés (Hernández y cols., 2002).

Así mismo, es un estudio de campo, es decir, una investigación científica y no experimental dirigida a descubrir relaciones e interacciones entre variables psicológicas, sociológicas y educativas en estructuras sociales reales y no artificiales; donde además no habrá manipulación de variables (Hernández y cols., 2002).

Y finalmente comparativo, ya que de acuerdo a las cuestiones que fueron medidas independientemente en cada muestra, se comparan los resultados obtenidas en cada una de éstas (Kerlinger, 1988).

4.11 Diseño de Investigación

Se trata de un diseño Transversal, de dos muestras independientes con una sola aplicación, lo que significa que se recolecten los datos en un tiempo único. Con el fin de evaluar a una población infantil de diferentes edades en una sola ocasión para comparar de acuerdo a las características de cada muestra (niños con antecedentes de maltrato, y niños sin antecedentes de maltrato) el nivel de ansiedad que presentan ambos grupos (Kerlinger, 1988).

4.12 Instrumento

Para esta investigación se hizo uso de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997), la cual se trata de una

adaptación de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor para niños y adolescentes. Esta escala permite detectar la tendencia a experimentar ansiedad habitualmente, siendo así una medida de ansiedad- rasgo. Se aplica individual o colectivamente a niños de 6 a 19 años. El instrumento permite una apreciación del nivel de ansiedad infantil, además de efectuar una rigurosa exploración psicológica de los procesos de ansiedad en niños escolares mediante un material de fácil aplicación, corrección e interpretación (Echeburúa, 1998).

Consta de **37** elementos, que se contestan en una hoja con dos opciones de respuesta (si/no). La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), tiene propiedades psicométricas satisfactorias, es un instrumento muy útil para controlar o evaluar cada cierto tiempo, y de manera sistemática, la evolución de la ansiedad presentada por los niños en un determinado momento.

Así mismo, cuatro áreas o subescalas conforman el instrumento, permitiendo un análisis más específico sobre el nivel de ansiedad que experimentan los niños que son evaluados. La primer subescala, **“ansiedad fisiológica”** pretende identificar si el niño experimenta ansiedad y si ésta la manifiesta físicamente (sudoración de manos, palpitaciones, etc.); esta subescala cuenta con 10 reactivos, ejemplo: “Me cuesta trabajo tomar decisiones”, “Muchas veces siento que me falta el aire”, etc.). La segunda subescala **“inquietud/hipersensibilidad”** está conformada por 11 reactivos, por ejemplo: “Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero”, “Muchas cosas me dan miedo”. La tercera subescala **“preocupaciones sociales/concentración”** cuenta con 7 reactivos únicamente, tales como: “Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí”, “Los demás son más felices que yo”. Y finalmente, la cuarta subescala corresponde a la de **“mentira”** una escala de validez del instrumento conformada por 9 reactivos como: “Nunca digo mentiras”, “Siempre soy amable”, etc. (Reynolds y Richmond, 1997).

4.13 Procedimiento

- Se acudió al Albergue Temporal de la P.G.J.D.F. para solicitar la autorización y así poder acceder a la muestra poblacional.
- Se seleccionó la muestra de acuerdo con la edad de 6 a 12 años requerida desde un inicio.
- Posteriormente se procedió con la aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R) de Reynolds y Richmond (1997), de manera individual a la muestra seleccionada.
- Así mismo, se acudió a una escuela primaria en la que se seleccionaron los niños según los criterios del primer grupo logrando obtener dos muestras equivalentes.
- Una vez compiladas las muestras se capturaron los registros obtenidos de ambas muestras en el Paquete Estadístico SPSS (versión 15.0).
- Posteriormente, una vez capturada la información, se realizó el análisis estadístico de los datos.
- Y finalmente se interpretaron los resultados obtenidos en dicha investigación, con la finalidad de la comprensión de las variables involucradas.

4.14 Análisis Estadístico

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. Se obtuvo la distribución de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, sexo, edad, escolaridad, número de hermanos, el lugar que ocupa entre ellos y la o las personas con las que vive.

Del mismo modo se obtuvo la distribución de frecuencias y porcentajes de cada uno de los reactivos del Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), en el cual se analizó el comportamiento de respuesta de los niños en ambas muestras.

Posteriormente, se determinó el efecto del nivel de ansiedad de los menores maltratados con respecto a los no maltratados mediante la estadística inferencial a través de la prueba ji cuadrada con el propósito de analizar y comparar el nivel de ansiedad total y de los reactivos con el que se discriminó el nivel de respuesta de las conductas de ansiedad de los menores de las dos muestras. En el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

A partir del objetivo planteado para esta investigación que fue identificar y comparar el nivel de ansiedad total en ambas poblaciones, así como analizar y comparar el comportamiento de respuesta de los menores de acuerdo con las cuatro subescalas del instrumento: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales y de concentración y mentira de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997) en un grupo de niños con antecedentes de maltrato que recién ingresan a la institución y en un grupo de niños escolarizados no institucionalizados sin antecedentes de maltrato.

Se llevó a cabo el análisis de los datos mediante el paquete estadístico SPSS/PC para Ciencias Sociales, con el fin de comprobar las hipótesis planteadas para este estudio. El análisis cuantitativo se llevó a cabo mediante estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas incluidas en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997). Así mismo, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de respuesta de cada una de las subescalas del instrumento: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales y de concentración y mentira de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) (Reynolds y Richmond, 1997), del grupo de menores maltratados y los no maltratados. Finalmente, se analizaron las diferencias entre el grupo de niños maltratados y el grupo de los niños sin antecedentes de maltrato en cuanto al nivel de ansiedad total y las diferencias en cuanto al comportamiento de respuesta en cada una de las cuatro subescalas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), mediante la estadística inferencial no paramétrica a través de la prueba Ji- cuadrada. Se describen a continuación los resultados obtenidos del análisis de los datos.

5.1 Estadística Descriptiva de Variables Sociodemográficas

El primer análisis de los datos se llevó a cabo por medio de estadística descriptiva a través de los valores de frecuencias y porcentajes de las variables de identificación integrados en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), tales como: sexo, edad, escolaridad, número de hermanos y con quién vivió los últimos seis meses, mismos que se reportan a continuación:

Tabla 1. Variable sexo

SEXO	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS	
	F	%	F	%
Masculino	26	42.62	26	42.62
Femenino	35	57.38	35	57.38
Total	61	100%	61	100%

Respecto a la variable sexo (**Tabla 1**), se observa que el grupo de menores maltratados el 42.62% corresponde al sexo masculino y el 42.62% corresponde al sexo femenino. En relación al grupo de menores no maltratados los valores obtenidos son similares, dado que se igualó una muestra equivalente en los menores escolarizados.

Tabla 2. Variable Edad

EDAD	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS	
	F	%	F	%
6 años	14	22.95	10	16.40
7 años	11	18.03	10	16.40
8 años	12	19.67	10	16.40
9 años	12	19.67	10	16.40
10 años	2	3.28	6	9.80
11 años	8	13.11	10	16.40
12 años	2	3.28	5	8.20
Total	61	100%	61	100%

Mientras que la variable edad (**Tabla 2**), se observa que en el grupo de menores maltratados el 22.95% corresponde a menores de 6 años, el 18.03% a menores

de 7 años de edad, el 19.67% a menores de 8 años de edad, el 19.67% a menores de 9 años de edad, el 3.28% a menores de 10 años de edad, el 13.11% a menores de 11 años de edad y finalmente el 3.28% a menores de 12 años de edad. Con respecto al grupo de menores no maltratados el 16.40% corresponde a menores de 6 años, el 16.40% a menores de 7 años de edad, el 16.40% a menores de 8 años de edad, el 16.40% a menores de 9 años de edad, el 9.80% a menores de 10 años de edad, el 16.40% a menores de 11 años de edad y finalmente el 8.20% a menores de 12 años de edad.

Tabla 3. Variable Escolaridad

GRADO	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS	
	F	%	F	%
Primero	32	52.46	20	32.80
Segundo	2	3.28	10	16.40
Tercero	7	11.48	6	9.80
Cuarto	7	11.48	10	16.40
Quinto	2	3.28	10	16.40
Sexto	3	4.92	5	8.20
Secundaria	1	1.64	-	-
No va a la escuela	7	11.48	-	-
Total	61	100%	61	100%

De acuerdo a la variable escolaridad (**Tabla 3**), se observa que en el grupo de menores maltratados el que el 52.46% corresponde a niños que cursan el primer grado de primaria, el 3.28% cursa el segundo grado de primaria, el 11.48% cursan el tercer grado de primaria, el 11.48% cursa el cuarto año de primaria, el 3.28% cursa el quinto año de primaria, el 4.92% cursan el sexto año de primaria, 1.64% cursa el primer grado de secundaria y finalmente el 11.48% corresponde a los menores que no asisten a la escuela, ya que a causa de trámites legales que se llevan a cabo al ingreso del menor al Albergue Temporal, a muchos de ellos no es posible mandarlos a la escuela, como es el caso de este porcentaje de la población. De acuerdo al grupo de menores no maltratados el 32.80% corresponden a niños que cursan el primer grado de primaria, el 16.40% cursa el segundo grado de primaria, el 9.80% cursa el tercer grado de primaria, el 16.40%

curso el cuarto año de primaria, el 16.40% cursa el quinto año de primaria, y finalmente el 8.20% cursa el sexto año de primaria.

Tabla 4. Variable Número de hermanos

HERMANOS	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS	
	F	%	F	%
0	9	14.75	8	13.10
1	18	29.51	30	49.20
2	18	29.51	17	27.90
3	4	6.56	4	6.60
4	3	4.92	2	3.30
5	5	8.20	-	-
6	1	1.64	-	-
9	2	3.28	-	-
10	1	1.64	-	-
Total	61	100%	61	100%

Respecto a la variable número de hermanos (**Tabla 4**), se observa que el grupo de menores maltratados el 14.75% son hijos únicos, el 29.51% cuentan sólo con un hermano, el 29.51% cuentan con dos hermanos, el 6.56% cuentan con tres hermanos, el 4.92% reportó contar con cuatro hermanos, el 8.20% cuentan con cinco hermanos, el 1.64% mencionó tener seis hermanos, el 3.28% dijo tener nueve hermanos y finalmente el 1.64% mencionó tener diez hermanos en total. En el grupo de menores no maltratados el 13.10% son hijos únicos, el 49.20% cuentan sólo con un hermano, el 27.90% cuentan con dos hermanos, el 6.60% cuentan con tres hermanos, y finalmente el 3.30% reportó contar con cuatro hermanos en total.

Tabla 5. Variable Lugar entre los hermanos

LUGAR	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS	
	F	%	F	%
1	23	37.70	15	24.60
2	19	31.15	27	44.30
3	7	11.48	7	11.50
4	2	3.28	3	4.90
5	1	1.64	1	1.60
Hijo único	9	14.75	8	13.10
Total	61	100%	61	100%

De acuerdo a la variable lugar entre los hermanos (**Tabla 5**), se observa que en el grupo de menores maltratados el 37.70% de los niños ocupa el primer lugar entre sus hermanos, el 31.15% ocupa el segundo lugar entre sus hermanos, el 11.48% ocupa el tercer lugar entre sus hermanos, el 3.28% ocupa el cuarto lugar entre sus hermanos, el 1.64% ocupa el quinto lugar entre sus hermanos y finalmente el 14.75% de los menores son hijos únicos. En relación al grupo de menores no maltratados los valores obtenidos que el 24.60% de los niños ocupa el primer lugar entre sus hermanos, el 44.30% ocupa el segundo lugar entre sus hermanos, el 11.50% ocupa el tercer lugar entre sus hermanos, el 4.90% ocupa el cuarto lugar entre sus hermanos, el 1.60% ocupa el quinto lugar entre sus hermanos y finalmente el 13.10% de los menores son hijos únicos.

Tabla 6. Variable Vives con...

	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS	
	F	%	F	%
Mamá	17	27.87	5	8.20
Papá	6	9.84	-	-
Con ambos	27	44.26	56	91.80
Con otros	11	18.03	-	-
Total	61	100%	61	100%

Finalmente en la variable vives con (**Tabla 6**), se observa que el grupo de menores maltratados se identificó de acuerdo a la persona con la que vivían antes de ingresar al Albergue temporal, el 27.87% de los menores vivían con la madre, el 9.84% de los menores vivían con el padre, el 44.26% de los menores vivían con ambos y el 18.03% corresponde a los menores que vivían con otras personas ya sea familiares, vecinos u otras personas que no fueran los padres de los menores. En relación al grupo de menores no maltratados los valores obtenidos se observa de acuerdo con la o las personas que viven los menores se tiene que el 8.20% de los menores viven con la madre, y el 91.80% de los menores reportaron vivir con ambos padres.

5.2 Estadística Descriptiva de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), de Reynolds y Richmond (1997).

Así mismo, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de respuesta de cada una de las subescalas del instrumento: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales y de concentración y mentira de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) (Reynolds y Richmond, 1997), del grupo de menores maltratados y los no maltratados. Los datos obtenidos se muestran a continuación.

**Tabla 7. Subescala I. Ansiedad fisiológica
(10 reactivos)**

REACTIVO	NIÑOS MALTRATADOS				NIÑOS NO MALTRATADOS			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	41	67.2	20	32.8	35	57.4	24	39.3
5. Muchas veces siento que me falta el aire	34	55.7	27	44.3	19	31.1	42	68.9
9. Me enoja con mucha facilidad	31	50.8	30	49.2	17	27.9	44	72.1
13. En las noche, me cuesta trabajo quedarme dormido	48	78.7	13	21.3	24	39.3	37	60.7
17. Muchas veces siento asco, o náuseas	41	67.2	20	32.8	25	41	36	59
19. Me sudan las manos	47	77	14	23	31	50.8	30	49.2
21. Me canso mucho	40	65.6	21	34.4	26	42.6	34	55.7
25. Tengo pesadillas	45	73.8	16	26.2	32	52.5	29	47.5
29. Algunas veces me despierto asustado	40	65.6	21	34.4	29	47.5	32	52.5
33. Me muevo mucho en mi asiento	34	55.7	27	44.3	16	26.2	44	72.1

Fuente: Manual de ansiedad manifiesta en niños (revisada) (Reynolds y Richmond, 1997).

En la primera subescala que corresponde a Ansiedad Fisiológica (**Tabla 7**), se observa que en el grupo de menores maltratados los valores de frecuencia contestados en la dirección de cierto varían entre el 78.7 y 50.8%, siendo entre los más elevados, los siguientes indicadores: me cuesta trabajo tomar decisiones (67.2%); en las noche, me cuesta trabajo quedarme dormido (78.7%); muchas veces siento asco, o náuseas (67.2%); me sudan las manos (77%) y tengo pesadillas (73.8%). En relación al grupo de menores no maltratados los valores de frecuencia contestados en la dirección de cierto varían entre el 57.4 y 26.2%,

siendo entre los más elevados, los siguientes: me cuesta trabajo tomar decisiones (57.4%); me sudan las manos (50.8%) y tengo pesadillas (52.5%).

**Tabla 8. Subescala II. Inquietud/hipersensibilidad
(11 reactivos)**

Reactivo	NIÑOS MALTRATADOS				NIÑOS NO MALTRATADOS			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	42	68.9	19	31.1	22	36.1	37	60.7
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)	38	62.3	23	37.7	8	13.1	53	86.9
7. Muchas cosas me dan miedo	36	59	25	41	25	41	35	57.4
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	45	73.8	16	26.2	39	63.9	21	34.4
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	39	63.9	22	36.1	29	47.5	32	52.5
18. Soy muy sentimental	48	78.7	13	21.3	32	52.5	28	45.9
22. Me preocupa el futuro	52	85.2	9	14.8	23	37.7	38	62.3
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	53	86.9	8	13.1	49	80.3	12	19.7
30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir	40	65.6	21	34.4	6	9.8	55	90.2
34. Soy muy nervioso	44	72.1	17	27.9	29	47.5	32	52.5
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	49	80.3	12	19.7	41	67.2	20	32.8

Fuente: Manual de ansiedad manifiesta en niños (revisada) (Reynolds y Richmond, 1997).

Para la segunda subescala que corresponde a Inquietud e hipersensibilidad (**Tabla 8**), se observa en el grupo de menores maltratados, que los valores contestados en la dirección de cierto varían entre el 86.9 y 59%, siendo entre los más elevados los siguientes: soy muy sentimental (78.7%); me preocupa el futuro (85.2%); me siento muy mal cuando se enojan conmigo (86.9%) y muchas veces me preocupa que algo malo me pase (80.3%). A su vez, los valores de frecuencia obtenidos en el grupo de menores no maltratados contestados en la dirección de cierto variaron entre el 80.3 y 9.8%, entre los valores más elevados, corresponden a los siguientes indicadores: me preocupa lo que mis papás me vayan a decir (63.9%); me siento muy mal cuando se enojan conmigo (80.3%) y muchas veces me preocupa que algo malo me pase (67.2%).

**Tabla 9. Subescala III. Preocupaciones sociales y de concentración
(7 reactivos)**

Reactivo	NIÑOS MALTRATADOS				NIÑOS NO MALTRATADOS			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	30	49.2	31	50.8	17	27.9	43	70.5
11. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas	38	62.3	23	37.7	31	50.8	30	49.2
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	40	65.6	21	34.4	7	11.5	54	88.5
23. Los demás son más felices que yo	39	63.9	22	36.1	11	18	50	82
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	43	70.5	18	29.5	28	45.9	32	52.5
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	42	68.9	19	31.1	19	31.1	42	68.9
35. Muchas personas están contra mí	40	65.6	21	34.4	7	11.5	54	88.5

Fuente: Manual de ansiedad manifiesta en niños (revisada) (Reynolds y Richmond, 1997).

En la tercera subescala que corresponde a Preocupaciones sociales y de concentración (**Tabla 9**), se observa que en el grupo de menores maltratados los valores de frecuencia contestados en la dirección de cierto varían entre el 70.5 y 59.2%, siendo entre los más elevados, los siguientes indicadores: me siento solo(a) aunque esté acompañado(a) (65.6%); siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal (70.5%); me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares (68.9%) y muchas personas están contra mí (65.6%). En relación al grupo de menores no maltratados los valores de frecuencia contestados en la dirección de cierto varían entre el 50.8 y 11.5%, siendo entre los más elevados, los siguientes: siento que a los demás no les gusta como hago las cosas (50.8%) y siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal (45.9%).

Tabla 10. Subescala IV. Mentira (L)
(9 reactivos)

Reactivo	NIÑOS MALTRATADOS				NIÑOS NO MALTRATADOS			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
4. Todas las personas que conozco me caen bien	40	65.6	21	34.4	35	57.4	25	41
8. Siempre soy amable	34	55.7	27	44.3	49	80.3	12	19.7
12. Siempre me porto bien	25	41	36	59	33	54.1	28	45.9
16. Siempre soy bueno (a)	34	55.7	27	44.3	36	59	25	41
20. Siempre soy agradable con todos	31	50.8	30	49.2	41	67.2	20	32.8
24. Siempre digo la verdad	25	41	36	59	27	44.3	34	55.7
28. Me enojo con facilidad	31	50.8	30	49.2	21	34.4	40	65.6
32. Digo cosas que no debo de decir	31	50.8	30	49.2	17	27.9	42	68.9
36. Nunca digo mentiras	28	45.9	12	19.7	29	47.5	32	52.5

Fuente: Manual de ansiedad manifiesta en niños (revisada) (Reynolds y Richmond, 1997).

Finalmente para la cuarta subescala que corresponde a Mentira (**Tabla 10**), se observa en el grupo de menores maltratados, los valores contestados en la dirección de cierto varían entre el 65.6 y 41%, siendo entre los más elevados los siguientes indicadores: todas las personas que conozco me caen bien (65.6%); siempre soy amable (55.7%); siempre soy bueno (55.7%); siempre soy agradable con todos (50.8%); me enojo con facilidad (50.8%) y digo cosas que no debo de decir (50.8%). Mientras que, los valores de frecuencia obtenidos en el grupo de menores no maltratados contestados en la dirección de cierto variaron entre el 80.3 y 27.9%, entre los valores más elevados, corresponden a los siguientes indicadores: todas las personas que conozco me caen bien (57.4%); siempre soy amable (80.3%) y siempre soy agradable con todos (67.2%).

5.3 Estadística inferencial no paramétrica (Ji cuadrada) de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997)

Como último análisis se obtuvieron las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños maltratados y el grupo de niños sin antecedentes de maltrato en cuanto al nivel de ansiedad total y las diferencias en cuanto al comportamiento de respuesta en cada una de las cuatro subescalas del instrumento: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales/ concentración, y mentira, de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), mediante la estadística inferencial no paramétrica a través de la prueba Ji- cuadrada. A continuación se muestra el análisis del nivel de ansiedad total del CMAS-R:

Tabla 11. Prueba X^2 para el Nivel de Ansiedad Total

INDICADOR	MEDIA ALBERGUE	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIA ESCUELA	X^2	SIG.
Ansiedad total	65.3	14	50.8	4.00	0.04*
* Nivel de significancia 0.05 ** Nivel de significancia 0.01 *** Nivel de significancia 0.001					

En la tabla 11 se muestran los valores de la media, desviación estándar, Ji Cuadrada y la significancia del puntaje del nivel de ansiedad total obtenida en ambos grupos, se observaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos ($X^2= 4.00$; $p= 0.04$).

Ahora bien, en el análisis del comportamiento de respuesta a cada uno de los reactivos de las cuatro subescalas del instrumento en ambas muestras, los resultados obtenidos fueron los siguientes.

**Tabla 12. Prueba χ^2 de la Subescala I. Ansiedad fisiológica
(10 reactivos)**

Reactivo	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS		χ^2	SIG.
	Media	D.E.	Media	D.E.		
1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	1.33	0.47	4.61	17.53	2.837	.242
5. Muchas veces siento que me falta el aire	1.44	0.50	1.69	0.47	7.506	.005***
9. Me enojo con mucha facilidad	1.49	0.50	1.72	0.45	6.732	.005***
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido	1.21	0.41	1.61	0.49	19.520	.001***
17. Muchas veces siento asco, o náuseas	1.33	0.47	1.59	0.50	8.450	.004***
19. Me sudan las manos	1.23	0.42	1.49	0.50	9.100	.003***
21. Me canso mucho	1.34	0.48	3.16	12.48	7.042	.03*
25. Tengo pesadillas	1.26	0.44	1.48	0.50	5.950	.01**
29. Algunas veces me despierto asustado	1.34	0.48	1.52	0.50	4.037	.04*
33. Me muevo mucho en mi asiento	1.28	0.45	3.33	12.46	26.017	.001***
* Nivel de significancia 0.05 ** Nivel de significancia 0.01 *** Nivel de significancia 0.001						

Como se rechazó la hipótesis de homogeneidad con error de .05, hay evidencia suficiente para considerar que existen diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento asociado con la ansiedad fisiológica en niños con maltrato en comparación con niños no maltratados mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), con una confiabilidad de 95%.

En la tabla 12 se observa que los valores de Ji- cuadrada, para el área de ansiedad fisiológica del la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), se encontraron en un nivel de significancia del 0.05 al 0.001 en la mayoría de los reactivos, tales como: muchas veces siento que me falta el aire ($X^2=7.506$; $p=0.005$), me enojo con mucha facilidad ($X^2=6.732$; $p=0.005$), en las noches me cuesta trabajo quedarme dormido ($X^2=19.520$; $p=0.001$), muchas veces siento asco, o náuseas ($X^2=8.450$; $p=0.004$),

me sudan las manos ($X^2=9.100$; $p= 0.003$), me canso mucho ($X^2=7.042$; $p= 0.03$), tengo pesadillas ($X^2=5.950$; $p= 0.01$), algunas veces me despierto asustado ($X^2=4.037$; $p= 0.04$), me muevo mucho en mi asiento ($X^2=26.017$; $p= 0.001$).

Tabla 13. Prueba X^2 de la Subescala II. Inquietud/hipersensibilidad (11 reactivos)

Reactivo	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS		X^2	Sig.
	Media	D.E.	Media	D.E.		
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	1.48	1.32	4.82	17.49	14.516	.002***
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)	1.38	0.49	1.87	0.34	31.407	.001***
7. Muchas cosas me dan miedo	1.41	0.50	3.18	12.48	4.650	.05*
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	1.26	0.44	2.95	12.51	2.104	.349
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	1.36	0.48	1.52	0.50	3.322	.05*
18. Soy muy sentimental	1.21	0.41	3.07	12.50	9.688	.005***
22. Me preocupa el futuro	1.15	0.36	1.62	0.49	29.107	.001***
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	1.13	0.34	1.20	0.40	0.957	.328
30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir	1.31	0.47	1.90	0.30	44.514	.001***
34. Soy muy nervioso	1.34	0.48	1.52	0.50	4.037	.04*
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	1.20	0.40	1.33	0.47	2.711	.100
* Nivel de significancia 0.05 ** Nivel de significancia 0.01 *** Nivel de significancia 0.001						

Así mismo, se rechaza la hipótesis de homogeneidad con error de .05, hay evidencia suficiente para considerar que existen diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento asociado con inquietud/hipersensibilidad en niños con maltrato en comparación con niños no maltratados mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), con una confiabilidad de 95%.

En la tabla 13 se observa que los valores de Ji- cuadrada, para el área de inquietud/hipersensibilidad del la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños

Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), se encontraron en un nivel de significancia del 0.05 al 0.001 en la mayoría de los reactivos, tales como: me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero ($X^2= 14.516$; $p= 0.002$), casi todo el tiempo estoy preocupado (a) ($X^2= 31.407$; $p= 0.001$), muchas cosas me dan miedo ($X^2= 4.650$; $p= 0.05$), me preocupa lo que la gente piense de mí ($X^2=3.322$; $p= 0.05$), soy muy sentimental ($X^2=9.688$; $p= 0.005$), me preocupa el futuro ($X^2=29.107$; $p= 0.001$), me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir ($X^2=44.514$; $p= 0.001$), soy muy nervioso ($X^2=4.037$; $p= 0.04$).

Tabla 14. Prueba X^2 de la Subescala III. Preocupaciones sociales y de concentración (7 reactivos)

Reactivo	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS		X^2	SIG.
	Media	D.E.	Media	D.E.		
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	1.51	0.50	3.31	12.46	6.542	.03*
11. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas	1.38	0.49	1.49	0.50	1.635	.201
15. Me siento solo (a) aunque esté acompañado (a)	3.15	14.05	1.89	0.32	37.781	.001***
23. Los demás son más felices que yo	1.36	0.48	1.82	0.39	26.569	.001***
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	1.30	0.46	3.13	12.49	8.089	.01*
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	1.49	0.50	1.69	0.47	4.880	.02*
35. Muchas personas están contra mí	1.54	0.50	1.89	0.32	17.669	.001***
* Nivel de significancia 0.05 ** Nivel de significancia 0.01 *** Nivel de significancia 0.001						

Como se rechazó la hipótesis de homogeneidad con error de .05, hay evidencia suficiente para considerar que existen diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento asociado con Preocupaciones sociales y de concentración en niños con maltrato en comparación con niños no maltratados mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), con una confiabilidad de 95%.

En la tabla 14 se observa que los valores de Ji- cuadrada, para el área de Preocupaciones sociales y de concentración de la Escala de Ansiedad Manifiesta

en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), se encontraron en un nivel de significancia del 0.05 al 0.001 en la mayoría de los reactivos, tales como: parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí ($X^2=6.542$; $p= 0.03$), me siento solo (a) aunque esté acompañado(a) ($X^2=37.781$; $p= 0.001$), los demás son más felices que yo ($X^2=26.569$; $p= 0.001$), siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal ($X^2=8.089$; $p= 0.01$), me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares ($X^2=4.880$; $p= 0.02$), muchas personas están contra mí ($X^2=17.669$; $p= 0.001$).

Tabla 15. Prueba X^2 de la Subescala IV. Mentira (L)
(9 reactivos)

Reactivo	NIÑOS MALTRATADOS		NIÑOS NO MALTRATADOS		X^2	Sig.
	Media	D.E.	Media	D.E.		
4. Todas las personas que conozco me caen bien	1.34	0.48	3.02	12.50	1.681	.431
8. Siempre soy amable	1.44	0.50	1.20	0.40	8.480	.004***
12. Siempre me porto bien	1.59	0.50	1.46	0.50	2.103	.147
16. Siempre soy bueno (a)	1.44	0.50	1.41	0.50	0.134	.714
20. Siempre soy agradable con todos	1.49	0.50	1.33	0.47	3.389	.05*
24 Siempre digo la verdad	1.59	0.50	1.56	0.50	0.134	.714
28. Me enojo con facilidad	1.34	0.48	1.66	0.48	11.836	.001***
32 Digo cosas que no debo de decir	1.44	0.50	4.90	17.47	10.928	.004***
36. Nunca digo mentiras	1.20	0.40	1.52	0.50	14.219	.001***
* Nivel de significancia 0.05 ** Nivel de significancia 0.01 *** Nivel de significancia 0.001						

Como se rechazó la hipótesis de homogeneidad con error de .05, hay evidencia suficiente para considerar que existen diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento asociado con la mentira en niños con maltrato en comparación con niños no maltratados mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), con una confiabilidad de 95%.

En la tabla 15 se observa que los valores de Ji- cuadrada, para el área de mentiras de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), se encontraron en un nivel de significancia del 0.05 al 0.001 en la mayoría de los reactivos, tales como: siempre soy amable ($X^2=8.480$; $p= 0.004$), siempre soy agradable con todos ($X^2=3.389$; $p= 0.05$), me enojo con facilidad ($X^2=11.836$; $p= 0.001$), digo cosas que no debo de decir ($X^2=10.928$; $p= 0.004$), nunca digo mentiras ($X^2=14.219$; $p= 0.001$).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

DISCUSIÓN

De acuerdo, con los resultados obtenidos en esta investigación, a través de diversos análisis estadísticos, se logró obtener las características del nivel de ansiedad, así como, el comportamiento de respuesta de cada una de las subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales y concentración y mentira de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), en dos grupos (niños con antecedentes de maltrato y niños sin antecedentes de maltrato) y mediante el análisis de los datos, se pudieron dar respuesta a las hipótesis planteadas en el estudio.

De acuerdo con la primera hipótesis que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997)**, se acepta la hipótesis afirmando que en el grupo de menores maltratados presentan un nivel de ansiedad mayor en comparación con el grupo de menores no maltratados. Por tanto, los niños víctimas de algún tipo de maltrato experimentan un nivel de ansiedad significativamente más alto en comparación con aquellos menores que durante su desarrollo no han sido testigos o víctimas de violencia.

Aunque los estudios realizados sobre las reacciones de ansiedad en menores maltratados han sido poco explorados, se han reportado estudios dirigidos que reflejan un sustento importante a los resultados de esta investigación, como el estudio realizado por Ampudia, 2006, 2007; Ampudia, Sánchez y Sarabia (2007) y

Ampudia, López-Arce, Rivera y Valencia (2008), quiénes en sus respectivos estudios afirman que dentro de los problemas psicoemocionales que presentan estos menores que han sido víctimas de maltrato es la elevada ansiedad, concluyendo que dentro de las alteraciones psicopatológicas que se presentan durante el proceso de desarrollo emocional en estos menores, es precisamente el nivel de ansiedad que experimentan. Esto debido a la amenaza psicológica provocada por los actos de sus padres, que lleva al niño a una situación de angustia extrema, el hecho de poder ser destruido por el otro, que a su vez es la única fuente de cuidados y protección (Barudy, 1998).

Así mismo, Rodríguez (2003) al referirse a la disciplina parental, afirma que el comportamiento ansioso es más alto en niños que han sido víctimas de algún tipo de abuso o maltrato, en el que la respuesta ansiosa se da como señal de alerta ya que, el medio en que se desarrolla es maligno o perjudicial para su integridad física y psicológica del menor. De ahí que los trastornos de ansiedad tengan un peso importante en la psicopatología infantil (Echeburúa, 1998).

Esto debido, a las prácticas de disciplina no adecuadas de los padres hacia sus hijos, es una de las causas importantes que lleva al niño a experimentar ansiedad, a causa de no encontrar por parte de los padres mejores soluciones, más que el castigo físico, dónde en la mayoría de los casos también experimentaron malos tratos en su infancia, tal como lo señala Santaella, Ampudia, Valencia y Rivera, (2007) que afirman que estos padres agresores fueron niños que desde pequeños aprendieron que el amor y la violencia pueden coexistir y que ésta es un modo adecuado de resolver conflictos.

A su vez, los resultados obtenidos en este estudio son similares a lo reportado por Weems (2005), quien concluye diciendo que el menor presentará un nivel alto de ansiedad ante un estímulo medianamente fóbico, siendo un estudio preliminar que sustenta este trabajo, considerando el maltrato como un estímulo fóbico para el niño que vive en constante peligro.

En otros estudios realizados por Mennen (2004) y Lipovsky, Saunders y Murphy (1989), concluyen que los niños abusados presentan una amplia gama de respuestas asociadas a la ansiedad, en comparación con los niños que no lo fueron, lo cual sustenta de igual manera los resultados obtenidos en esta investigación y sugiere la realización de nuevos estudios que exploren aún más sobre el fenómeno del maltrato.

A través, de este estudio se exploró de manera específica los comportamientos relacionados a la ansiedad, que se observan en estos menores víctimas de maltrato en nuestro país, ya que de acuerdo con el estudio de Bernstein y Zvolensky (2006) y Varela (2002), señalan una diferencia significativa en diferentes países incluidos México, con respecto al nivel de ansiedad que experimenta su población infantil en cada uno de los países participantes. Por lo tanto, es importante precisar sobre el nivel de ansiedad en la población infantil de nuestro país, para el trabajo correcto en prevención, diagnóstico y tratamiento de la ansiedad en la población de interés.

Por ello, la importancia de obtener el nivel de ansiedad y el análisis del comportamiento de respuesta de ambos grupos en las cuatro subescalas del CMAS-R, que permitió visualizar las características de comportamiento de ansiedad en niños que han sido víctimas de algún abuso o maltrato y que a su vez experimentan un nivel significativo de ansiedad.

Por ello, respecto a la segunda hipótesis planteada que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de ansiedad fisiológica en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R)** de Reynolds y Richmond (1997), se acepta la hipótesis, debido a que en el grupo de menores maltratados institucionalizados del

Albergue Temporal de la P.G.J.D.F. presentan un comportamiento relacionado con ansiedad fisiológica en comparación con el grupo de niños escolarizados sin antecedentes de maltrato. Por lo que, los niños que fueron víctimas de algún tipo de abuso o maltrato de acuerdo con esta subescala, reportaron conductas como: moverse mucho de su asiento, sienten que en ocasiones les hace falta el aire, tienen dificultades para quedarse dormidos o se despiertan asustados, tienen constantes pesadillas, se sienten cansados frecuentemente, se muestran irritables, además de que pueden presentar sudoración de manos, ascos y náuseas. Todos estos indicadores presentes en el grupo de niños maltratados describen las reacciones físicas que en su mayoría experimentan a causa de la ansiedad.

Estudios anteriores corroboran la presencia de respuestas fisiológicas asociadas fuertemente al nivel de ansiedad vivido por lo menores, como la traducción del estado ansioso que experimentan éstos, como lo señalan Weems (2005) y Bernstein y Zvolensky, (2006).

Así mismo, los resultados obtenidos indican que el comportamiento de respuesta asociado a la subescala de ansiedad fisiológica es más alto en niños que están expuestos a un suceso desagradable o situación traumática, como lo es el maltrato, lo cual es consistente con los datos reportados con anterioridad por Mennen, (2004), Lipovsky, Saunders y Murphy, (1989), Rodríguez (2003), Ampudia (2006) y Barudy (1998). Por lo que, con este estudio pueden corroborarse investigaciones anteriores donde se afirma que las manifestaciones fisiológicas asociadas con el comportamiento ansioso es más alto en niños que han sido víctimas de algún tipo de abuso o maltrato, como respuesta ante las experiencias de agresión y maltrato.

En relación a la tercera hipótesis planteada que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de inquietud e hipersensibilidad en niños con**

maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), se acepta la hipótesis, debido a que los resultados obtenidos indican que los menores con antecedentes de maltrato experimentan también un comportamiento relacionado con mayor inquietud e hipersensibilidad en comparación con los niños sin antecedentes de maltrato. Los menores que han sido agredidos o maltratados, experimentan mayor nerviosismo cuando las cosas no salen bien, así mismo suelen sentirse preocupados la mayor parte del tiempo y se preocupan por lo que las personas piensen de ellos. Por otro lado tienden a experimentar constante preocupación por diversos aspectos, como al irse a dormir, por el futuro, preocupación de que algo malo les pase, diversos miedos, nerviosismo y sentimentalismo. Los datos presentados en esta investigación se corroboran y son consistentes con estudios anteriores, en dónde se señala que el comportamiento ansioso es significativamente mayor en niños víctimas de maltrato, en comparación de aquellos que no tienen antecedentes de malos tratos (Mennen, 2004; Lipovsky y cols., 1989; Rodríguez, 2003; Ampudia, 2006; Barudy, 1998; Robles y Paéz, 2003).

A pesar de que existen pocos estudios que aborden de manera cercana o similar lo encontrado en dicha investigación. El estudio realizado por Graham (1996), sobre la inquietud y miedo que manifiestan los niños que experimentan violencia intrafamiliar, da una visión sobre el comportamiento ansioso que experimentan los niños inmersos en un entorno violento, sustentando los resultados obtenidos en este estudio, además los datos encontrados amplían y completan de manera específica el comportamiento relacionado a la ansiedad que experimentan los menores después de que son maltratados, puede ser un indicador para su detección. Ampudia (2006 y 2007) con el proyecto de investigación PAPIIT: Factores de riesgo para la salud mental y psicopatología del maltrato infantil, ha reportado la evidencia del comportamiento ansioso en niños que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, siendo un sustento importante para esta investigación.

Así mismo, el trabajo realizado por Ampudia, López- Arce, Rivera y Valencia (2008), concluyen que dentro de los indicadores emocionales que presenta esta población se encuentra el rasgo de ansiedad constante.

En cuanto a la cuarta hipótesis planteada que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala preocupaciones sociales y de concentración en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R)** de Reynolds y Richmond (1997), se acepta la hipótesis, debido a que se encontró este comportamiento en niños con antecedentes de maltrato, en relación a la conducta de preocupaciones sociales y de concentración, en comparación con los niños sin antecedentes de maltrato. Los resultados indican que esta población presenta indicadores importantes en problemas de concentración en sus tareas habituales, creen que los demás son más felices que ellos, se sienten solos aunque se encuentren con alguien, tienen la sensación que alguien les va a decir que están haciendo mal las cosas y creen que muchas personas están en contra de ellos.

Así mismo, Graham (1996) al referirse sobre las preocupaciones de niños que viven en un entorno violento, sobre la conducta de sus padres, concluye que los menores que experimentan violencia doméstica se preocupan más por la vulnerabilidad de sus madres y hermanos a causa del entorno amenazante, que los lleva a experimentar ansiedad.

Respecto a las dificultades de concentración en dicha población, Marcelli y Ajuriaguerra, (2004) enfatizan que estos problemas en el hogar pueden ser la causa por la que estos niños experimentan frecuentemente fracaso escolar, los lleva al rezago académico y a la deserción escolar, a pesar de que el nivel intelectual sea normal o el adecuado. Al mismo tiempo, existe una conexión entre los malos tratos recibidos en la infancia y el desarrollo fisiológico y social de los

menores, tales como respuestas de alto nivel de ansiedad, que les impide relacionarse con otros coetáneos.

También se puede presentar retardo del crecimiento, desorden de identidad, debido a que el niño golpeado puede llegar a tener una mala imagen de sí mismo, puede creer que él es la causa del descontrol de sus padres o de sus agresores, lo que le llevará a auto representarse como una persona mala, inadecuada o peligrosa y de esta manera justificar los malos tratos hacia él (Ampudia, 2006).

En relación a la quinta hipótesis planteada que dice: **Existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de respuesta asociado a los reactivos de la subescala de mentira en niños con maltrato en comparación con niños escolarizados sin antecedentes de maltrato mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS- R)** de Reynolds y Richmond (1997), se acepta la hipótesis, debido a que se encontró un comportamiento asociado a las mentiras, en donde los niños con antecedentes de maltrato obtienen una puntuación significativa en dicha subescala, en comparación con los niños que no cuentan con antecedentes de maltrato. De esta forma, reportan ser siempre amables, agradables, que no dicen nunca mentiras, que dicen cosas que no deben decir, aunque se enojan con facilidad. Los resultados indican que los menores víctimas de maltrato, buscan dar una buena imagen ante las demás personas, lo cual es consistente con los datos reportados por Barudy (1998), que señalan dichos comportamientos, tanto el pasivo como el agresivo, que se presentan como mecanismos de defensa para lograr adaptarse a un medio hostil.

En un estudio realizado por Ampudia (2006), afirma que en los hogares se puede ver cómo los niños por ser maltratados psicológicamente, tienden a mentir para sentirse protegidos. Es probable que los pequeños empiecen a decir mentiras para evitar el maltrato y ocultan información por miedo a ser castigados. Con esto se

puede señalar que el abuso emocional es grave no sólo por las consecuencias que trae, también por el irrespeto a los derechos del niño.

CONCLUSIÓN

El maltrato infantil es actualmente uno de los problemas que aqueja gravemente a nuestro país, las estadísticas reportadas por el INEGI (2007), señalan el incremento en las cifras de denuncias comprobadas por maltrato, y cientos de miles de niños han recibido abuso y maltrato a manos de sus padres o parientes.

Este estudio sugiere una aproximación al tema del maltrato infantil en relación con el comportamiento ansioso que presenta un niño víctima de maltrato, con el propósito de reconocer, evaluar oportunamente y dar tratamiento inmediato para minimizar los efectos a largo plazo causados por el abuso o maltrato.

Los resultados obtenidos en esta investigación permitieron obtener el nivel de ansiedad y el comportamiento de respuesta en las cuatro subescalas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), en dos muestras: niños con antecedentes de maltrato y niños escolarizados sin antecedentes de maltrato.

De esta manera, se logró conocer el nivel de ansiedad y las características de respuesta en ambas poblaciones de manera específica, al analizar las cuatro subescalas por las cuales se conforma el instrumento: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales y de concentración y mentira. Se pudo comprobar y ampliar estudios realizados con anterioridad en los que se señala la presencia de un comportamiento significativo en el nivel de ansiedad en niños que viven o experimentan un suceso de violencia como el maltrato, en comparación con aquellos niños que no lo han experimentado (Graham, 1996; Mennen, 2004; Lipovsky, Saunders y Murphy, 1989; Rodríguez, 2003; Ampudia, 2006; Barudy, 1998).

Para lograr los objetivos fue preciso la aplicación, calificación e interpretación de los perfiles obtenidos a través de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños

Revisada (CMAS-R) (Reynolds y Richmond, 1997), en una muestra de 122 niños de edades de entre 6 a 12 años de edad, maltratados y no maltratados.

Los resultados arrojados, además de comprobar la pertinencia de la utilización de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) (Reynolds y Richmond, 1997), en población infantil con antecedentes de maltrato, expresaron lo que otras investigaciones han demostrado acerca del comportamiento ansioso que estos niños presentan y manifiestan en un entorno que es, o que fue violento (Ampudia, 2006; Ampudia, López-Arce, Rivera y Valencia, 2008 y Ampudia, Sánchez y Sarabia, 2007).

De tal manera, los resultados obtenidos indicaron que el nivel de ansiedad y el comportamiento de respuesta asociado a la ansiedad de los niños con maltrato institucionalizados es más alto en el nivel de ansiedad total y en las cuatro subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupaciones sociales y de concentración y mentira de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997), en comparación del grupo de niños escolarizados sin antecedentes de maltrato.

En este estudio se pudieron identificar los comportamientos característicos asociados a la ansiedad que experimentan los niños que han sido víctimas de algún tipo de abuso o maltrato. Se reportó que en el grupo de menores maltratados, las conductas presentadas de acuerdo a cada una de las cuatro subescalas, fueron principalmente las siguientes:

En cuanto a la ansiedad fisiológica, se relaciona principalmente con los comportamientos asociados a moverse mucho de su asiento, sienten que les hace falta el aire, dificultades para quedarse dormidos, despiertan asustados, tienen constantes pesadillas, se sienten cansados frecuentemente, se muestran irritables, además de que pueden presentar sudoración de manos, ascos y náuseas. Estos aspectos fueron encontrados también en menores maltratados en

otros estudios realizados por Eguía, Ampudia y Sánchez, (2007) y Ampudia, y Jiménez, (2006).

Respecto a la Inquietud e hipersensibilidad, se puede decir que son menores que presentan un alto índice de nerviosismo cuando las cosas no salen como ellos quieren, suelen sentirse preocupados la mayor parte del tiempo, se preocupan por lo que las personas piensen de ellos, experimentan constante preocupación por diversos aspectos, como al irse a dormir, por el futuro, preocupación de que algo malo les pase, diversos miedos, nerviosismo y sentimentalismo como ha sido reportado por Ampudia y Jiménez, (2006); Eguía, Ampudia y Sánchez, (2007) y Ampudia, Sánchez y Sarabia, (2008).

En lo que se refiere a las preocupaciones sociales y de concentración, sus respuestas están asociadas a problemas de concentración en sus tareas habituales, sentimientos de desdicha, sentimientos de soledad, tienen la sensación que alguien les va a decir que están haciendo mal las cosas, creen que muchas personas están en contra de ellos, aspectos que han sido reportado por Ampudia y Jiménez, (2006); Eguía y Cols., (2007), Ampudia y Cols., (2008) en casos de menores maltratados.

Es evidente que en la escala de mentira los menores tienden a negar los problemas de maltrato, de ahí que en esta escala, sus respuestas se orientan al extremo de desear ser niños amigables al extremo, agradables, que no dicen nunca mentiras, que dicen cosas que no deben decir, y aunque se enojan con facilidad, no aceptan aspectos negativos de su comportamiento. Estos elementos han sido reportado por Ampudia y Jiménez, (2006); Eguía y Cols., (2007), Ampudia y Cols., (2008).

De esta manera, se sugiere considerar estos comportamientos como posibles indicadores de maltrato y facilitar la identificación de un niño que está siendo objeto de algún tipo de abuso, en el cual se observa además un comportamiento

ansioso, como posible resultado del ambiente hostil en el cual pueda estar inmerso y con ello lograr una detección oportuna del maltrato para su intervención y ayuda al menor (Ampudia y Jiménez, 2006; Eguía y Cols., 2007 y Ampudia y Cols., 2008).

Se puede señalar que estas situaciones de maltrato psicológico, obliga a los niños a utilizar una gran cantidad de energía psicológica para desarrollar mecanismos de adaptación, como por ejemplo en las relaciones interpersonales caracterizadas por la dependencia y el rechazo, o los altos índices de ansiedad, ésta aparece por la indiferencia de los padres, por lo que el niño puede convertirse en un ser muy dependiente de los signos de afecto de cualquier adulto, llamando su atención para procurarse un poco de afecto, exponiéndose permanentemente al peligro del abuso sexual o del rechazo. Cuando logra la atención del adulto, esta dependencia se transforma en retirada, para protegerse del sufrimiento que puede conllevar un nuevo abandono. Así, estos niños dejan paulatinamente de buscar afecto y congelan sus emociones, negándose la posibilidad de mantener relaciones afectivas cálidas y duraderas en el transcurso de su vida (Ampudia y Cols., 2008).

Es por ello que se debe poner mayor atención en relación con el nivel de ansiedad que estos menores presentan, sugiriendo en un inicio trabajar con la población del Albergue Temporal de la P.G.J.D.F. de la cual se obtuvo la muestra para el presente estudio, ya que como lo concluyen Ahmad y Shuriquie (2001) y Ampudia (2006) en sus estudios, los niños institucionalizados sufren más desórdenes psicológicos y por consiguiente se requiere de un mayor cuidado psicológico y apoyo, y de esta manera minimizar en la medida de lo posible los efectos del maltrato.

Así mismo, los datos obtenidos permitieron ampliar y abordar de forma específica sobre el nivel de ansiedad en niños maltratados en México, debido a que existen pocos estudios que aborden sobre el tema en nuestro país, por ello se sugiere la

necesidad de continuar realizando investigaciones en dónde se analicen estos aspectos, sabiendo que el nivel de ansiedad en niños con maltrato es alta en las cuatro áreas del instrumento, se propone realizar un programa terapéutico el cual consista en disminuir el nivel elevado de ansiedad que presenta esta población, ya que los problemas que el niño puede desarrollar durante su crecimiento a causa de la ansiedad son de carácter importante, por lo cual es de suma importancia la intervención en este tipo de población vulnerable (Ampudia, 2006; Ampudia, López-Arce, Rivera y Valencia, 2008 y Ampudia y Cols., 2007).

Finalmente se puede decir que su afectación llega a diferentes áreas de la vida del niño, dejando secuelas severas en el desarrollo de la personalidad, y a largo plazo la repetición de patrones de comportamiento, que llevan al niño maltratado a tener un alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a su pareja, o a sus hijos, resultando de esta manera que el maltrato infantil perdure de generación en generación (Bustos, Mendoza, Ampudia, Pérez y Medina, 2007; Ampudia y Cols., 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, T.F.E. & Shuriquie, N., (2001). Psychological sequelae of emotional abuse in institutionalized children. *Arab Journal of Psychiatry*, 12(2), 36-42.
- Alvirde, G.L.M., (2006). *Historias de Vida de Hombres Violentos en Correlación con la Teoría del Apego*. Simposio: Estudios y Experiencias sobre el Fenómeno de la Parentalidad. XIV Congreso Mexicano de Psicología "El Psicólogo rumbo a la certificación: investigación, formación y práctica". Puerto Vallarta, Jalisco, México.
- Ampudia, R.A., (2006). *Simposio: Avances hacia el estudio del maltrato infantil*. Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Palacio de las Convenciones. Ciudad de La Habana, Cuba.
- Ampudia, R.A., (2007). *Simposio: Factores de riesgo individuales, familiares y sociales del maltrato infantil*. XV Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad Hermosillo, Sonora, México.
- Ampudia, R.A., Jiménez, G.F., (2006). *Factores de riesgo asociados al maltrato infantil*. Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Palacio de las Convenciones, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Ampudia, R.A., López-Arce, C.A.M., Rivera, C.L.A. y Valencia, R.F., (2008). *Evaluación de la ansiedad vs. Emocional en menores maltratados*. XVI Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Ampudia, R.A., Pérez E.J.R., López-Arce, C.A.M. y Carrillo, M.B.E., (2007). *Evaluación de las conductas de maltrato en padres de familia*. XV Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad Hermosillo, Sonora, México.
- Ampudia, R.A., Sánchez, C.G. y Sarabia, M.N., (2007). *El maltrato hacia la infancia: sus consecuencias socioafectivas*. XV Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad Hermosillo, Sonora, México.

- Ampudia, R.A., Sánchez, C.G. y Sarabia, M.N., (2008). *Detección del maltrato infantil en escuelas primarias*. Vol. XII Asociación Mexicana de Psicología Social AMEPSO.
- Arruabarrena, M. y De Paul, J., (1994). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide, Madrid.
- Avella, A. T., (1976). The Anxiety Picture Scale for children: A proposed scale for the measurement of anxiety. *Dissertation Abstracts International*, 36(9-B), 46-76.
- Ávila, S.L. y Lara, C.S., (2003). *Orientación al logro en niños de la calle e institucionalizados de casa Alianza*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Ayala, A., (1972). *México antes de los aztecas 3ª Edición*. Editorial Navarro, México.
- Barudy, L., (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato*. Editorial Paidós, México.
- Becerril, P. y Sánchez, G., (2004). *Agresión en niños institucionalizados*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Bernstein, A. & Zvolensky, M., (2006). Taxonicity of anxiety sensitivity: a multi-national análisis. *Journal of anxiety disorders*, 20(1), 1-22.
- Bokhorst, K., Goossens, F. A. & Ruyter, P. A., (2001). Early detection of social anxiety: Reliability and validity of a teacher questionnaire for the identification of social anxiety in young children. *Social Behavior and Personality*, 29(8), 787-798.
- Briggs-Gowan, M., Carter, A. & Schwab- Stone, M., (1996). Discrepancias among Mother, Child, and Teacher Reports: Examining the Contributions of Maternal Depresión and Anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(6), 749-765.
- Bustos, L.T., Mendoza, I.A.A., Ampudia, R.A., Pérez, S.P. y Medina, O.G., (2007). *Detección del maltrato infantil en el ámbito escolar*. XV Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad Hermosillo, Sonora, México.

- Cantón, D. y Cortés, A., (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid, España.
- Casado, F., Díaz H. y Martínez, G., (1997). *Niños Maltratados*. Editorial Díaz de Santos, Madrid, España.
- Cole, D., Truglio, R. & Peeke, L., (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait-multimethod-multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 110-119.
- Coon, D., (2001). *Fundamentos de psicología 8ª Edición*. Thomson Editores, México.
- Corsi, J., (1994). *Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Editorial Paidós, México.
- DSM-IV, (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson, España.
- Echeburúa, E., (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Editorial Pirámide, Madrid, España.
- Eguía, M.S., Ampudia, R.A. y Sánchez, C.G., (2007). *Diferencias en habilidades sociales entre niños con y sin maltrato*. Simposio: Evaluación de indicadores de riesgo para el maltrato infantil. Primer Foro de Psicoterapia Infantil "El bienestar emocional del niño y su familia", Mérida Yucatán, México.
- Eissler, K., (1998). *Sigmund Freud su vida en imágenes y textos*. Editorial Paidós, Italia.
- ENEP, (2001). *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*. México.
- Español, P., (1996). *Disminución de la agresión en niños institucionalizados a través de un programa de dinámicas grupales*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Fernández, E., (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades: cuando ellos deben dejar su familia*. Editorial Lumen, México.
- Finkelhor, D., (1980). *El abuso sexual al menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosocial*. Editorial Pax México, México.

- Gándara, M., (1999). *Angustia y Ansiedad*. Editorial Pirámide, Madrid, España.
- Graham, B.S.A., (1996). Family worries: Assessment of interpersonal anxiety in children from violent and nonviolent families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 280-287.
- Gómez, M., Arvizu, J. y Ramírez, S., (1996). *Historia, tiempos de México*. Editorial Prentice Hall, México.
- Hernández, G.L., Soto, P.M. y Trujano, R., (1990). Separaciones breves entre madre e hijo: Ansiedad, afrontamiento y factores relacionados. *Revista Mexicana de Psicología*, 7(1-2), 45-49.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C. y Baptista, L.P., (2002). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw Hill, México.
- Hollander, E. y Simeon, D., (2004). *Guía de Trastornos de ansiedad*. Editorial Elsevier, Madrid, España.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (INEGI, 2007). <http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx>.
- Kempe, (1979). *Niños Maltratados*. Ediciones Morata, Madrid, España.
- Kerlinger, F., (1988). *Investigación del Comportamiento 2ª Edición*. Editorial Mc Graw Hill, México.
- Lipovsky, J., Saunders, B.E. y Murphy, S.M., (1989). Depresión, ansiedad, y problemas de conducta entre niños víctimas de abuso sexual y hermanos no abusados. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(4), 452-468.
- Marcelli, D. y Ajuriaguerra, J., (2004). *Psicopatología del Niño 3ª Edición*. Editorial Masson, Barcelona, España.
- Martínez, R. y Ochotorena, J., (1993). *Maltrato y Abandono en la Infancia*. Editorial Martínez Roca, Barcelona, España.
- McGrath, T., (1991). Overcoming institutionalized child abuse: Creating a positive therapeutic climate. *Journal of Child & Youth Care*, 6(4), 61-68.
- Mennen, F.E., (2004). PTSD Symptoms in Abused Latino Children. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 21(5), 477-493.
- Mussen, H.P. y Janeway, J., (1975). *Desarrollo de la Personalidad en el niño*. Editorial Trillas, México.

- Newberger, C.M., (1993). Mother of sexually abused children: trauma and repair in longitudinal perspective. *Journal American of Orthopsychiatry*, 63(1), 92-102.
- Ochotorena, J. y Arruabarrena, M., (1995). *Manual de Protección Infantil*. Editorial Masson, México.
- Osorio, A. y Nieto, (2005). *El niño maltratado 4ª Edición*. Editorial Trillas, México.
- Ozusta, H.S., (1995). Standardization, reliability, and validity of the State-Trait Anxiety Inventory in Turkish children. *Original Title Cocuklar icin durumluk-surekli kaygi envanteri yuarlama, gecerlik vs guvenirlik calismasi. Turk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 32-44.
- Papalia, D.E. y Wendkos, O.S., (2001). *Psicología*. Editorial Mc Graw Hill, México.
- Piojan, J., (1980). *Historia Universal Tomo III*. Editorial Salvat, México.
- Poyuelo, R., (1984). *La ansiedad infantil*. Editorial Herder, Barcelona, España.
- Reynolds, C.R. y Richmond, B.O., (1997). *Manual de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada)*. Editorial Manual Moderno, México.
- Robles, R. y Paéz, F., (2003). Estudios sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo. *Red de Revistas Científicas de America Latina y el Caribe, España y Portugal*, 26(1), 69-75.
- Rodrigo, G. y Lusiardo, M., (1992). Desarrollo de una versión en español de un instrumento de medida de la ansiedad manifiesta en niños y adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 26(2), 179-194.
- Rodríguez, B. y Ortega, B., (2002). *Factores de Personalidad en menores institucionalizados y no institucionalizados*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Rodríguez, C.M., (2003). Parental Discipline and Abuse Potential Affects on Child Depression, Anxiety, and Attributions. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 809-817.
- Romero, J.C., (2005). Las Consecuencias del Maltrato Infantil: Un Estudio con Madres Mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 363-374.

- Santaella, H.B.G., Ampudia, R.A., Valencia, R.F.J. y Rivera, C.L.A., (2007). *Factores familiares del maltrato infantil*. XV Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad Hermosillo, Sonora, México.
- Scrive, T., (1991). Psychotherapy for the institutionalized child. *International Journal of Mental Health*, 20(3), 65-69.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2007). <http://www.dif.gob.mx/juridico/proteccion.html>.
- Solloa, G.L.M., (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño, etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. Editorial Trillas, México.
- UNICEF, (2008). *Convención de los Derechos del Niño*. México.
- Varela, R.E., (2002). Variations in anxiety expression among Mexican, Mexican-American, and Caucasian children and explanatory social cognitive mechanisms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 63(5-B), 2610.
- Varela, R.E., (2006). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) across samples of Mexican, Mexican American, and European American children: A preliminary investigation. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 19(1), 67- 80.
- Weems, C.F., (2005). La respuesta fisiológica y ansiedad de la niñez: La asociación con los síntomas de desórdenes de ansiedad y el prejuicio cognoscitivo. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 712-723.
- Wekerle, C., Millar, L., Wolfe, A. y Spindel, B., (2007). *Maltrato Infantil*. Editorial Manual Moderno, México.