



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**RESPUESTA DE ANSIEDAD EN NIÑOS MALTRATADOS
E INSTITUCIONALIZADOS**

TESIS

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

MIREYA MORALES COLÍN

Directora de tesis:

DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

Revisora:

MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO



© Facultad
de Psicología

MAYO, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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:

***“MODELO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL”***

PAPIIT No. IN307309-2

Responsable del proyecto: Dra. Amada Ampudia Rueda

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por ser mi castillo de roca y salvación...

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por darme la oportunidad y el privilegio de ser parte de la máxima casa de estudios y darme la mejor formación y aprendizaje a través de la **Facultad de Psicología**.

A la **Dra. Amada Ampudia Rueda** por ser la impulsora y guía de la realización de este trabajo, agradezco todo el conocimiento y oportunidades brindadas, sé que todo lo aprendido con usted son herramientas indispensables para mi desarrollo, muchas gracias.

A mis sinodales: **Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo, Lic. Leticia Bustos de la Tijera, Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola y Doc. Jorge Rogelio Pérez Espinosa** por sus valiosas aportaciones para la realización de este trabajo y gracias también por enseñarme en las aulas lo maravilloso de esta profesión, los admiro y respeto.

DEDICATORIAS

A mis papás por el total e incondicional apoyo brindado a mi vida, gracias por su amor y confianza, por permitirme volar y permitirme conocer cosas nuevas y diferentes, de verdad que yo no estaría en el lugar que estoy si ustedes no estuvieran a mi lado, me ayudaron a ser valiente y me enseñaron que solo yo soy la beneficiaria de las cosas que realice, que el esfuerzo se recompensa y que la recompensa es mayor cuando las cosas se hacen con dedicación y amor. Los Amo!!! **Mami**, gracias por ser la mamá más maravillosa conmigo, por tus consejos, tus palabras de aliento y tus preocupaciones, y esa sensibilidad tuya que me inspira y ayuda a realizar las cosas de mejor manera. **Papi**, gracias por el apoyo brindado, por darme esa confianza e inspiración para atreverme a realizar cosas nuevas, gracias por ser mi fortaleza y respaldo en la vida.

A mi hermano Alberto, yo sé que nunca me dejaste, que estás presente y pendiente de cada cosa que realizo, sé que desde el lugar en donde estés me cuidas y me pones a salvo, porque sé que eso harías si estuvieras a mi lado, te extraño mucho. **A mi hermana Ale** porque a pesar de ser la menor, siempre me he sentido segura cuando estoy contigo, porque me contagias de valor y coraje para enfrentarme a las circunstancias, porque recuerdo que un día me dijiste que solo quedábamos tu y yo y que teníamos que cuidarnos la una de la otra, gracias mamá por ser mi confidente, por las alegrías, tristezas y aprendizajes compartidos, te quiero y extraño como no te imaginas. **A mi sobrino** por traer luz a mi vida, porque a pesar de ser tan pequeñito me has dado lecciones de fortaleza y has sido mi motivo para seguir adelante con mis metas, Te Amo tanto Ray!!!

A Lalo, quisiera conocer las palabras perfectas para describir lo importante que eres en mi vida. Presencias, ausencias, alegrías, tristezas... todas esas cosas han formado parte de nuestra historia y me han dado el aliciente para esforzarme y levantarme cada día. Debes de saber que eres la inspiración de cada cosa que realizo, aunque algunas veces estés y otras no, gracias por despertarme a los sueños, esperanzas e ilusiones, sabes que tan solo con una de

tus miradas me haces la mujer más feliz del mundo, TE AMO infinitamente precioso y muchas cosas no tendrían sentido si tú no hubieras aparecido en mi vida.

A la fam. Vega Morales, por su apoyo y ayuda incondicional, gracias por compartir conmigo su espacio, su cariño y su tiempo. Tía Bertha, gracias por contribuir a la realización de este sueño, por cuidarme y por apoyarme en cada momento de mi formación. **Deny**, te quiero tanto, gracias por dejarme verte crecer y dejar que aprendiéramos juntas, por haberme adoptado como tu hermana y por llenar mis días difíciles de alegría, tu inocencia y amor me fortalecían día con día, gracias hermosa!!! **Hiram y Moisés**, gracias por compartir tantos momentos, por cuidarme y ayudarme en cualquier cosa que necesitara, los quiero mucho!!!

A mi abuelita Cata, gracias por brindarme consejos llenos de experiencia, por tus preocupaciones y oraciones, abue te quiero mucho y es grato saber que te tengo conmigo y que no importa lo que pase tu siempre estás ahí, para compartir lo mucho o poco que tengas. **Tía Carmen**, gracias por siempre estar al pendiente, por dejarme sentir que cuento contigo en todo momento.

Lili amiga mía, todavía recuerdo ese primer día que nos conocimos en el salón de clases de primer semestre, creo que no hubiera sobrevivido a la universidad si no te hubiera encontrado, todo era tan diferente y nuevo para mí, y tú me acompañaste a descubrir cada cosa, me brindaste tu amistad y compartiste y sigues compartiendo tu conocimiento conmigo de una manera incondicional, gracias por esa sencillez que te caracteriza y por ese cariño que siempre me haces sentir, este trabajo también es de las dos así como los muchos trabajos que realizamos juntas a lo largo de la carrera, te quiero muchísimo amiga!!!

Belem amiga, sabes que eres una parte muy importante en la realización de este trabajo y más aun, una parte importante en mí, gracias por todo el apoyo, por escucharme, por consolarme cuando más lo he necesitado, por hacerme creer que hay esperanza y que no importa en qué situación difícil este, yo cuento con la capacidad para resolverla, que nada es tan adverso como pareciera. Nuestra amistad pareciera joven, pero quiero que sepas que con lo

mucho o poco que hemos compartido me basta para saber que quiero que estés siempre conmigo y que contamos con el apoyo incondicional tanto la una como la otra.

Clau querida amiga quiero agradecerte por todas las enseñanzas y momentos compartidos, nuestra amistad comenzó laboralmente pero sé que se convirtió en algo muy especial. Recuerdo cuando platicábamos en el Centro de Servicios, platicas que aunque no lo creas fueron las responsables de que esté en el lugar que ahora estoy y te lo agradezco mucho porque he aprendido y vivido tantas cosas que sé que son piezas importantes en mi formación. Quiero que sepas que te aprecio y quiero muchísimo y que agradezco que pueda compartir cosas contigo, sabes que siempre contarás con mi amistad y cariño, solo deseo que "Dios nos preste vida, para ver en qué termina esto".

Mary Becerril, la realización de este trabajo no hubiera sido posible sin tus atinados y pertinentes comentarios. Me siento muy afortunada por conocerte y agradecida totalmente por la oportunidad que me has dado de crecer, aprender y conocer cosas nuevas que interfieren en mi vida personal y laboral. Deseo de todo corazón que la vida nos permita seguir realizando trabajos, pláticas, paseos y muchas más cosas juntas y que me permita seguir aprendiendo de ti, te quiero mucho Mary, y no tengo palabras para agradecer todas tus atenciones y conocimiento compartido.

Al Cub. 33, por ser el espacio de trabajo más completo, en donde encontré amigos, compañeros, conocimiento, alegrías, tensión, experiencia y herramientas para desarrollarme de la mejor manera en varios aspectos de mi vida. Xo, Glo, Liz, Carlos, Pam, Anita y Diana fueron parte importante y sé que en su momento cada uno contribuyó a la realización de este proyecto, gracias por compartir conmigo. Y los nuevos Gaby e Isma, de verdad que me siento feliz de que esta amistad este naciendo, les agradezco las atenciones que han tenido conmigo y el apoyo que me han brindado, me gusta su sinceridad y naturalidad, deseo y confío en que nuestra amistad sea duradera.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES i-xx

CAPÍTULO 1. MALTRATO INFANTIL

1.1	Definición de maltrato infantil	1
1.2	Etiología del maltrato infantil	6
1.3	Tipos de maltrato infantil	10
1.4	Consecuencias del maltrato infantil	15
1.5	Derechos de la infancia	20

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD

2.1	Definición de ansiedad	26
2.2	Enfoques teóricos explicativos de la ansiedad	28
2.3	Ansiedad infantil	32
2.4	Trastornos de ansiedad en la infancia.....	34

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1	Justificación y planteamiento del problema.....	38
3.2	Objetivo general.....	40
3.3	Objetivos específicos.....	40
3.4	Hipótesis.....	41
3.5	Variables.....	42
3.6	Definición de variables.....	42

3.7	Tipo de estudio	43
3.8	Diseño de investigación	44
3.9	Sujetos	44
3.10	Muestra	45
3.11	Instrumento	45
3.12	Procedimiento	46
3.13	Análisis de datos.....	47

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1	Estadística descriptiva de las variables sociodemográficas.....	48
4.2	Estadística descriptiva de la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada (CMAS – R)	52
4.3	Medidas de tendencia central de las puntuaciones por subescalas y ansiedad total	57
4.4	Estadística inferencial no paramétrica (Ji cuadrada) por subescalas y ansiedad total de la escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R)	60
4.5	Estadística inferencial no paramétrica (Ji cuadrada) por subescalas y ansiedad total de la escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) por reactivos	62

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1	Discusión.....	66
5.2	Conclusión.....	75

	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
--	--	-----------

RESUMEN

El maltrato infantil es un fenómeno que se ha observado a través del tiempo y se considera una problemática social, universal con un alto grado de complejidad. Los contextos y variables que intervienen en dicho fenómeno son variados y es por tanto considerado como una problemática multicausal (Francia, 2003). Diversas investigaciones (Francia, 2003; Jones, 2008; Rodríguez, 2010), señalan que este tema ha ido cobrando una mayor importancia a través del tiempo debido a las implicaciones que tiene y el impacto que provoca en la sociedad, el maltrato infantil es también considerado un problema de salud, ya que provoca consecuencias que afectan el desarrollo físico y socioemocional del niño violentado, tanto a corto como a largo plazo. Uno de los principales síntomas de su manifestación es el comportamiento ansioso que puede llegar a presentarse con cierta frecuencia en estos niños. De ahí que el objetivo de la presente investigación sea identificar si existen síntomas de ansiedad en un grupo de niños maltratados institucionalizados y un grupo de niños escolarizados no institucionalizados. Método: se consideró para este estudio un muestreo no probabilístico, un total de 122 menores divididos en dos grupos, uno compuesto por 60 menores del centro de estancia transitoria para niños y niñas de la PGJDF y el otro integrado por 62 menores escolarizados no institucionalizados, a quienes se les aplicó la escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS – R) (Reynolds y Richmond, 1997) integrada por cuatro subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Resultados: en los resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de ansiedad total y en las respuestas por reactivo de cada subescala del instrumento, entre los niños maltratados institucionalizados y los niños escolarizados no institucionalizados. Conclusión: es evidente que la ansiedad puede ser una manifestación emocional en los menores, sin embargo, suele ser más elevada en los niños que han sido víctimas de maltrato, especialmente la relacionada con la ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales.

Palabras clave: maltrato infantil, ansiedad, institucionalización.

INTRODUCCIÓN

La importancia del fenómeno del maltrato infantil a nivel social, lo convierte en uno de los principales temas de interés en la actualidad. Los contextos en los que se desarrolla dicho fenómeno son variados y el impacto que provoca lo convierte en un tema de interés para su estudio, a nivel de evaluación, atención y tratamiento. En todas sus formas, el maltrato infantil tiene una serie de consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial y emocional de los menores. Existen consecuencias producto de golpes y maltratos físicos que provocan, en primer lugar, daño físico, el cual envía mensajes psicológicos destructivos al menor lo que genera un impacto en áreas críticas del desarrollo infantil, afectando de manera inmediata o futura la esfera social, emocional y cognitiva del niño (Ampudia, 2007).

Desde siempre, en el campo de la psicología se ha presentado un interés por el estudio de la ansiedad, siendo ésta una conducta abordada desde diferentes enfoques. Estudios como los realizados por Ampudia, Sánchez y Sarabia (2007) y Ampudia, López Arce, Rivera y Valencia (2008), hablan sobre las repercusiones del maltrato infantil en la conducta ansiosa del niño; no obstante hace falta profundizar en estudios comparativos que permitan detectar la magnitud de esta emoción como producto del maltrato que sufren los menores y diseñar formas de evaluación e intervención idóneas que incidan a su vez en los efectos sobre el desarrollo posterior del niño.

El presente estudio hace referencia al tema de maltrato infantil en relación con la respuesta de ansiedad que presentan los niños que son víctimas de este maltrato y que se encuentran institucionalizados, con el propósito de hacer una oportuna y adecuada identificación de dicho comportamiento ansioso.

Para el presente trabajo se han abordado antecedentes de investigaciones, tanto nacionales como internacionales en relación al fenómeno del maltrato infantil y las

consecuencias y alteraciones que provocan en los niños, dando principal importancia a la conducta de ansiedad, y a las actitudes, sentimientos y pensamientos que dicho comportamiento produce.

En el primer capítulo se aborda la definición de maltrato infantil, así como las causas y los tipos de maltrato infantil que se pueden presentar, también se toman en consideración las consecuencias que acarrea el maltrato y finalmente se hace referencia a los derechos de los niños con el propósito de conocer las formas en que se puede proteger al menor.

En el segundo capítulo se aborda el tema de la ansiedad, dando una definición general y explicando los diferentes enfoques teóricos que explican la ansiedad. Se hace referencia a la ansiedad infantil y los trastornos de ansiedad que aparecen en la infancia, con el propósito de entender las causas que pudieran provocar la conducta ansiosa de los niños y detectar en qué momento deja de ser esta conducta parte normal del desarrollo para convertirse en una secuela del maltrato infantil que marque el devenir evolutivo del menor en las diferentes esferas.

En el tercer capítulo, se expone la metodología utilizada para llevar a cabo el objetivo de la investigación. Se plantea el problema y su justificación, se detallan el objetivo general y los objetivos específicos para el estudio. Así mismo se propone la hipótesis de investigación y se definen las variables. Se menciona el tipo de estudio y el diseño de investigación utilizados, los sujetos y la muestra que participaron y el instrumento requerido para la investigación. Se detalla el procedimiento utilizado y finalmente se habla del análisis de datos que se empleó.

En el cuarto capítulo se presenta el análisis obtenido de los resultados, a través de la estadística descriptiva para puntualizar la muestra y el análisis de los datos por medio de la estadística inferencial no paramétrica.

Finalmente en el capítulo cinco se muestra la discusión y conclusión del estudio, al dar respuesta a las hipótesis de investigación planteadas y sustentadas tanto en el marco teórico como en los resultados obtenidos a través de los diferentes análisis efectuados.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Con el paso del tiempo el maltrato infantil ha ido cobrando una mayor importancia debido a que es considerado un grave problema social. Sin lugar a dudas este fenómeno está presente en todos los países y afecta a todas las clases sociales. Cuando se habla de maltrato infantil, se refiere a un tipo de violencia intrafamiliar en donde se abarcan todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de estos abusos (Corsi, 2003).

Francia (2003), señala que para que ocurra el maltrato existen diversas causas, entre las que destaca; las características del agresor, las características del agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

Según Jones (2008), el abuso hacia los menores es una cuestión de grave interés social a nivel internacional, lo cual acarrea una fuerte discusión entre los derechos de los niños y las obligaciones de los padres debido a que los menores tienen derecho a un hogar libre de abuso, mientras que los padres, tienen el derecho a establecer una vida familiar de acuerdo a sus usos y costumbres. Sin embargo, el maltrato infantil, en general, es considerado como la antítesis de los cuidados adecuados y la crianza de los hijos. Asimismo, los malos tratos hacia los niños se encuentran asociados con un riesgo significativamente mayor de psicopatología a lo largo de la vida.

Para que el maltrato infantil pueda llevarse a cabo, deben estar implicadas determinadas condiciones que incluyen el ambiente externo e interno del menor. En una investigación realizada por Rodríguez, (2010), se predijo que el uso de

castigos corporales así como el maltrato físico está asociado con los estilos de crianza de los padres de los menores, los padres que participaron en el estudio contestaron de forma anónima el Inventario de Potencial de Maltrato Infantil, a su vez padres e hijos llenaron la escala para evaluar la disciplina física y los malos tratos, así como la escala para evaluar los estilos de crianza de los hijos. Los resultados apoyan que la agresión general entre padres e hijos se asocia con el potencial de abuso infantil; de igual forma, también se asocia con un estilo de crianza de tipo disfuncional.

Por su parte, Uslu (2010) realizó un estudio con el fin de conocer las características sociodemográficas parentales en relación con el maltrato emocional en una muestra de 296 padres que contestaron la Escala de Reconocimiento de Maltrato Emocional (REMS), en los resultados se encontró que el género del padre, el ingreso familiar, la educación y la edad de los padres, así como el número de hijos influye en el reconocimiento del maltrato emocional, y un factor interesante fue el hecho de que las madres que son amas de casa perpetran un mayor índice de maltrato emocional a sus hijos a diferencia de aquellas que trabajan. Asimismo se reportó que los padres varones, un bajo nivel escolar, un bajo ingreso económico en la familia, padres jóvenes, una mayor cantidad de hijos y el desempleo, contribuyen a incidir en el maltrato emocional, del cual, muchas veces, no se dan cuenta ni reconocen que dicho maltrato se está llevando a cabo.

En la actualidad se han identificado diversos tipos de maltrato que afectan a la población infantil, para lo cual se han llevado a cabo investigaciones en las que se observa la prevalencia de cada uno de los tipos de abuso. Por ejemplo, Madu & Peltzer, (1998), examinaron la frecuencia del abuso infantil psicológico, físico y emocional entre estudiantes de preparatoria en la Provincia Norte de Sudáfrica, en dicho estudio se consideró una muestra de 414 SUJETOS de entre 14 y 30 años de edad, quienes completaron el Cuestionario de Maltrato Infantil de Briere (1993). Los resultados mostraron que el 80.7% de los sujetos experimentaron alguna

forma de abuso físico y 26.3% experimentaron abuso emocional. Solo del 13.5% al 24.2% de los sujetos se percibieron a ellos mismos abusados. Del 15.2% al 19.3% valoraron su niñez como “muy infeliz”. De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede observar que la importancia de dicho estudio, radica en la necesidad de realizar tareas que ayuden a que la población tenga una concientización sobre el abuso y maltrato infantil.

Por otro lado, se reconoce que en la mayoría de los casos en donde se presenta maltrato infantil, no solo se experimenta un tipo de maltrato, si no que este se combina en diferentes modalidades. Clemmons, (2005) examinó la co-ocurrencia de varias formas de maltrato, así como la severidad del maltrato y la interacción entre estas dos variables como posibles contribuciones en las dificultades de ajuste. Los participantes fueron categorizados con base al tipo de maltrato infantil y la severidad experimentada del mismo. Los resultados indican que el 14% del total de la muestra vivió más de un tipo de maltrato infantil los cuales generalmente presentaban un alto índice en el grado de severidad del maltrato vivido.

A través de los años, mediante diversos estudios se han manejado cifras realmente alarmantes de niños que son objeto de agresiones y violencia de parte de sus padres. Estas investigaciones proporcionan una idea general de la dimensión del problema del maltrato infantil. Por ejemplo, estudios realizados en E.U. por Kempe y Kempe (1985) indican que en 6 de cada 1000 nacimientos se pueden presentar malos tratos, lo cual proporcionaría un número total de 30 mil a 50 mil niños maltratados por año en ese país.

Independientemente de las secuelas físicas que acarrea la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. Varios estudios sobre el tema, investigan las repercusiones que el maltrato tiene en los niños a corto y largo plazo, desde la niñez hasta la edad adulta.

Ponce, Williams & Allen (2004), reportan que los niños que presentan una historia de maltrato manifiestan una distorsión en la capacidad de juicio. Al crecer adoptan la violencia como un factor normal dentro de sus relaciones adultas. De tal modo, los niños que son víctimas de violencia, se convierten en victimarios, contribuyendo al ciclo de violencia.

Un estudio realizado por Stewart (2006) indicó que los niños que han sido víctimas de maltrato perciben sus propios hogares y ambiente social como fuentes de estrés, belicoso y negativo. El maltrato se va haciendo parte de la vida de estos niños, lo que genera que sean retraídos socialmente, poco tolerantes y asertivos, ansiosos, en comparación con sus compañeros.

El comportamiento ansioso del niño ha sido motivo de diferentes investigaciones, observando que algunos estudios se han enfocado en la ansiedad que presentan los niños que han sufrido algún tipo de violencia, como el de Scott, Smith & Ellis, (2010) quienes llevaron a cabo una investigación en Nueva Zelanda acerca de la asociación entre el maltrato infantil y la psicopatología posterior, dicha investigación está basada en informes retrospectivos a cerca de los malos tratos. El número de participantes encuestados fue de 2144 de edades entre 16 y 27 años, de los cuales 221 se identificaron como registros de una base de datos del organismo nacional de protección al niño. Para garantizar los resultados, tenía que existir una prevalencia de doce meses de duración de cada síntoma de estado de ánimo del DSM-IV. En dicha investigación se encontró que el maltrato infantil se encuentra asociado con la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo.

Asimismo, se ha empezado a prestar atención a las secuelas que produce el maltrato infantil. Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Pino (2000), el cual presenta datos consistentes que tratan de distinguir entre los efectos de los diferentes tipos de malos tratos sobre el desarrollo psicológico del niño, efectos en la infancia, la edad escolar, la adolescencia y la edad adulta. En lo referente con

los efectos de la infancia se destaca el retraso en el desarrollo, empieza a apreciarse a la edad de un año de vida y parece aumentar a medida que pasa el tiempo, también existen problemas de conducta, relacionados con la ansiedad, impulsividad, distractibilidad, entre otros.

En un estudio realizado por Soenke, Hanh & Matthew, (2010) se exploró la relación que existe entre el abuso infantil y el trastorno de ansiedad generalizada, estos autores reportaron que dependiendo del tipo de abuso que el menor sufra, llámese abuso físico, sexual y emocional dependerá la desregularización de la emoción, aumentando el grado de ansiedad generalizada.

Por su parte, Weems (2005), partiendo de una perspectiva biológica, 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 cardíaca y la respuesta galvánica. A la evaluación se le agregó un informe que los padres dieron sobre los síntomas de ansiedad y los prejuicios cognoscitivos que observaban en sus hijos. En los resultados se observó que la tasa cardíaca aumentaba en aquellos niños que los padres registraban mayores síntomas de ansiedad y prejuicios cognoscitivos. A su vez, en el estudio se señala la reciprocidad que existe en los niños con prejuicios cognoscitivos, que experimentan niveles altos en la tasa cardíaca, como un indicador de ansiedad en un futuro.

Por su parte, Cole, Truglio & Peeke, (1997) realizaron un estudio en donde se hablaba de la relación entre los síntomas de ansiedad y depresión en los niños, los resultados obtenidos del estudio demuestran una alta correlación entre los síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad. Los datos soportan la elaboración 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.

De igual forma se considera relevante estudiar el comportamiento ansioso que presentan los niños cuando experimentan o han experimentado algún tipo de violencia, como el estudio realizado por Rodríguez (2003) quien llevó a cabo una investigación sobre la disciplina parental y el potencial de abuso en sus hijos. Los participantes fueron 42 niños de Nueva Zelanda de entre 8 y 12 años de edad los cuales participaron con sus padres, las medidas sobre depresión y ansiedad que reportaron los niños, se compararon con las respuestas que los padres dieron sobre la disciplina física que empleaban y el potencial de abuso. Se encontró que los síntomas de ansiedad y depresión eran más elevados en los niños cuyos padres informaron tener las prácticas de disciplina más ásperas y con un potencial de abuso mayor. El autor indica 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.

Graham (1996), llevo a cabo una investigación en relación a las preocupaciones familiares, en donde evaluó la ansiedad interpersonal en los niños de familias con y sin violencia. Partiendo de las preocupaciones que tienen los niños sobre las conductas de las personas significativas en la familia. Se utilizó la Escala de Preocupaciones Familiares y participaron 121 niños con edades de entre 7 y 12 años, los cuales pertenecían a familias violentas y no violentas. Las respuestas eran dadas en una escala de cuatro puntos, en relación a que tanto les preocupan 20 conductas de cinco miembros de la familia: padre, madre, hermana, hermano y él mismo niño. Los resultados muestran, que los niños que pertenecen a las familias violentas, se preocupan más por la vulnerabilidad de sus madres, hermanos y hermanas, ante la conducta dañina de sus padres, en comparación con el grupo de niños que pertenecen a las familias no violentas.

Por su parte Lipovsky, Saunders & Murphy (1989), estudiaron la ansiedad, depresión y los problemas de conducta entre las víctimas de abuso sexual infantil

y hermanos no abusados. De la muestra total, 88 niños eran víctimas de abuso y 101 hermanos que no experimentaron el abuso. Para dicho estudio se utilizó el Inventario de Depresión para niños (CDI), y la Escala State – Trait Anxiety Scale for Children. Los resultados mostraron niveles más altos de depresión y ansiedad en los niños abusados en comparación con los hermanos que no fueron abusados.

Asimismo también se ha investigado el comportamiento ansioso en niños que se encuentran dentro de condiciones adversas como son circunstancias de institucionalización. En este sentido, McGrath (1991) manifiesta y discute sobre el abuso existente directo o indirecto en el niño que se encuentra institucionalizado, el abuso de niños en algunas agencias todavía ocurre. Discute cómo las prácticas abusivas continúan creciendo, principalmente porque se trabaja en un ambiente también abusivo.

Ahmad & Shurique, (2001) estudiaron sobre las consecuencias psicológicas del abuso en un grupo de 50 niños institucionalizados de entre 9 y 15 años de edad que fueron abusados emocionalmente, se comparó con un grupo de 50 niños de la misma edad, no institucionalizados y tampoco abusados. A los dos grupos se les entrevistó 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 avalúa 8 dimensiones: los valores sociales, la confianza en sí mismo, la sociabilidad, inteligencia, la apariencia física, la estabilidad emocional, vigor y agresión. En los resultados, se encontró que los niños que habían sido abusados obtuvieron puntajes bajos en los valores sociales, en la confianza en sí mismo, inteligencia, sociabilidad, y las dimensiones de estabilidad emocional en el SCS. Además se encontró 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 por consiguiente ellos tienen la necesidad de mayor cuidado psicológico y apoyo.

De tal manera, se observa en las investigaciones a nivel internacional que el maltrato infantil ha ido cobrando importancia con el paso de los años, se ha buscado identificar las situaciones de riesgo para que este fenómeno se desarrolle y las características que poseen los agresores, a su vez se han establecido las consecuencias físicas y emocionales para los menores que son víctimas así como formas para identificar el maltrato.

En nuestro país, también se han realizado investigaciones encaminadas a obtener un mayor conocimiento y entendimiento de la problemática del maltrato infantil. Es por eso que es importante que se lleven a cabo estudios que aporten información sobre la incidencia del maltrato, así como de sus características y sus consecuencias, sin dejar de lado las posibles formas de intervención y prevención. En México, se han llevado a cabo diversas investigaciones y aportaciones a cerca del tema del Maltrato Infantil. En el 2007, Rojas, publicó un artículo, en el cual se estima que de acuerdo con las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), durante el año 2004 el Ministerio Público recibió un total de 3.197 denuncias por maltrato infantil, de las cuales 1.671 fueron comprobadas. En el 2004, la distribución porcentual de los menores atendidos por maltrato infantil y por tipo de maltrato en el Distrito Federal fue de 3,5% por abuso sexual, 5% por abandono, 21,4% por maltrato psicológico o emocional, 36,5% por negligencia y 38,5% por maltrato físico. Sin embargo, no fueron registrados casos de omisión de cuidados, explotación sexual y laboral. Asimismo, se encontró que las cifras sobre la incidencia de maltrato infantil se tornan aun más alarmantes cuando se tienen en cuenta sus consecuencias negativas en el desarrollo emocional o psicológico de los niños, como son; daño a la autoestima, sentimientos de inferioridad e inadecuación, confusión en el mundo afectivo, e incluso se interfiere en el desarrollo adecuado de la personalidad, al mismo tiempo que surgen dificultades en el aprendizaje y conductas perturbadoras de inhibición, agresión y violencia. Cabe señalar que las cifras que se mencionan, incluye solo a

aquellas denuncias presentadas ante el ministerio público, sin embargo en México existen muchos casos de violencia que no son denunciados ante el ministerio público.

Por otro lado, Loredó & Perea (2005) en su estudio sobre la atención integral y la prevención del maltrato infantil en México, apuntan que el síndrome del niño maltratado (SNM) es un problema mundial de salud pública. En México este problema se ha atendido desde los años 70 bajo diferentes perspectivas. Sin embargo, al comparar estos avances con los que hay en países como España, la diferencia es muy notoria. Es por eso que se insiste en que los profesionales que atienden niños y adolescentes y la sociedad en general en México, deben realizar su actividad cotidiana con calidad y eficacia para hacer un alto al flagelo médico social de la humanidad.

En otra investigación realizada en México, que se llevó con el fin de determinar los efectos a largo plazo del maltrato infantil, participaron 300 madres con un diferente historial de maltrato y violencia, los resultados obtenidos muestran que la historia de abuso tiene efectos a largo plazo en el funcionamiento físico y psicológico de las mujeres, lo cual trae consecuencias en el estilo disciplinario violento con sus propios hijos (Gaxiola & Frías, 2005). Pudiéndose predecir que los hijos de estas mujeres probablemente sean generadores de violencia con el paso del tiempo.

En este sentido, Eguía & Ampudia, (2006), indican que un niño puede estar expuesto a diversos factores de riesgo, por ejemplo estrés familiar por dificultades financieras, asociado a depresión de los padres, modificando el estilo de crianza y la estabilidad emocional del menor. En especial, son las prácticas parentales inadecuadas, los conflictos conyugales y la psicopatología de los padres los que se encuentran como los predictores más fuertes de psicopatología en la niñez. A su vez, refieren que muchos de quienes cometen maltrato tienen antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia y a menudo no tienen conciencia de que el maltrato no es la forma apropiada de disciplina. Asimismo en

su publicación, las autoras describen los factores de riesgo asociados al maltrato de niños que se encuentra en una Institución de Protección en México (Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas, antes llamado Albergue Temporal de la Procuraduría del Distrito Federal). La muestra fue de 30 niños con rangos de edad de 7 a 11 años, de lo que se concluye que, la mayoría de los niños presentan ruptura y desarmonía familiar. Algunos de estos niños experimentaron violencia en su ambiente familiar y la mayoría de ellos no poseían redes de apoyo social; además que se observa como característica esencial la pasividad frente a la situación de maltrato.

Moreno, (2004), llevó a cabo un análisis comparativo entre los distintos tipos de maltrato infantil que son; maltrato físico, abandono emocional, maltrato emocional, abandono físico y maltrato por incapacidad del cuidador para controlar la conducta del menor, y su asociación con las variables: condiciones de la vivienda y características del barrio donde reside la familia, el nivel educativo cultural de los cuidadores y los hábitos de crianza, atención y cuidados al niño. Se utilizó una muestra de 107 familias y 256 niños en situación de maltrato. En los resultados se obtuvo que, en primer lugar, las condiciones de la vivienda eran básicas e inadecuadas. Específicamente, en el maltrato emocional, las condiciones eran básicas. En cuanto al barrio, se observó que las familias con mayor frecuencia de maltrato físico emocional y la incapacidad para controlar la conducta del menor, predomina vivir en barrios con pequeñas deficiencias. Mientras que para el abandono físico y emocional, es más común en barrios con deficiencias en servicios. En cuanto a la escolaridad de los padres, se encontró que tanto en el maltrato y abandono emocional, era de escolaridad media o baja (sabían leer y escribir). Para la variable de hábitos de crianza, atención y cuidados al menor eran problemáticos, negativos o muy desadaptativos. Respecto a estos resultados, Garbarino & Eckenrode (1999) ya habían confirmado que la desorganización de la comunidad y la falta de coherencia social caracterizan a las áreas con riesgo más alto de maltrato infantil.

En otro estudio realizado por Vite, Parra & Castillo (2002), se analizó el papel que juega la indiscriminación materna en el maltrato físico infantil, para ello se analizaron diadas madre – hijo en dos grupos (uno con historia de maltrato y otro con problemas de comportamiento). Los resultados demostraron que las diadas con historia de maltrato infantil muestran mayores índices de conducta aversiva, así como mayores índices de indiscriminación materna, es decir, madres que responden de forma no contingente o indiscriminada a la conducta prosocial de sus hijos.

Siguiendo el mismo lineamiento, Santaella, Ampudia, Sarabia & Rivera, (2008) realizaron una investigación donde analizaron el contexto familiar de 141 niños víctimas de maltrato que se encontraban en el Centro de Estancia Transitoria de Niños y Niñas (antes llamado Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal) los resultados arrojaron que la influencia de la familia está asociada a problemas conductuales de los niños, ya que estos se desenvuelven en ambientes adversos como lo es la discordia marital, el divorcio, familias reconstituidas, uniparentales o numerosas, uso de castigo frecuente, abandono emocional y violencia familiar, lo cual constituye un riesgo latente a la integridad física y emocional del menor.

Como se señaló anteriormente, el maltrato infantil acarrea una serie de secuelas en el menor que se presentan a lo largo de sus vidas. En este sentido, Cortés (2006), menciona que las huellas emocionales que deja el maltrato en los niños pueden pasar desapercibidas si no se cuenta con instrumentos psicológicos eficaces de evaluación. La autora realizó un análisis cualitativo de las diferencias en el estilo de apego entre niños preescolares maltratados y sin maltrato. Los resultados señalan que los niños maltratados presentan un estilo de apego inseguro en comparación con los niños que no han sido maltratados.

Por otro lado, Ampudia, Balbuena & Jiménez (2007), exploraron el comportamiento agresivo y violento de 30 menores de 6 a 12 años de edad,

institucionalizados víctimas de algún tipo de maltrato. Se utilizó la lista de indicadores de Agresión. Entre los resultados, se encontró que diez de los 29 indicadores contenidos en el instrumento, fueron relacionados con conductas de agresión.

Siguiendo la misma línea, Frías, Fraijo & Cuamba, (2008), llevaron a cabo una investigación en la que el objetivo fue analizar la relación de los problemas de conducta que los niños presentan en la escuela y el maltrato infantil. La muestra fue constituida por 110 menores; 61 fueron identificados como maltratados y 49 pertenecían a la población general. Se aplicó una lista de chequeo de Achenbach (Achenbach, 1991; Achenbach & McConaughy, 1997) a los maestros, así como la Escala de Tácticas de Conflicto de Straus (1998), la de Depresión de Hamilton (1959), obteniendo también variables sociodemográficas de los niños. Se probó un modelo de ecuaciones estructurales en donde la variable dependiente fueron los problemas de conducta y las independientes la violencia familiar y la depresión. Los resultados indican que el maltrato tuvo efecto significativo en los problemas de conducta de los menores, mediada por la depresión. De igual forma concluyeron que los profesores deben ser entrenados en la detección y atención del maltrato infantil para prevenir problemas sociales graves como la delincuencia.

Ampudia (2007), llevó a cabo una investigación con el fin de conocer los indicadores de maltrato presentes en los niños maltratados, para dicha investigación participaron 60 menores de entre 7 y 13 años de edad, de ambos sexos, los cuales se encontraban en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas ingresados por el motivo de agresión por parte de sus familiares o tutores, para conocer dichos indicadores, se utilizó la lista de 25 indicadores de comportamiento agresivo (Ampudia, 2005). Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los menores presentan indicadores de agresión, utilizando insultos como forma de relacionarse, provocan en el enojo de otras personas, retan a la autoridad y generalmente sus juegos son inducidos a la violencia,

presentan frecuentemente violaciones a la norma y/o disciplina, amenazan o intimidan a otros e inician peleas mostrando conductas violentas frecuentes.

Balbuena, Sánchez & Ampudia, (2006), apuntan que se han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima. En su estudio, identificaron conductas agresivas en menores maltratados, en una muestra de 40 menores de centros de protección del Distrito Federal. En los resultados se observaron ciertas características del entorno que pueden contribuir a que el comportamiento del niño sea más o menos agresivo. Las carencias afectivas, sobre todo entre padres e hijos, la falta de atención en los primeros años de vida, falta de coherencia a la hora de educar, esto es, que algunas veces castigan a los niños y en otras los elogian. Así como la descalificación de ambos padres delante de sus hijos y la violencia entre ellos para resolver sus problemas. Son conductas que los niños están aprendiendo acerca de la resolución violenta de conflictos. La mayoría de los niños de la muestra demostraron conductas agresivas y no sabían responder a situaciones comprometidas y problemáticas de otra forma que no fuera agresivamente. Esto es, carecen de esas conductas necesarias y de respuestas adecuadas a cada situación.

Pérez, Pérez & Ampudia, (2006), en un estudio realizado, obtuvieron un perfil de rasgos de personalidad de un grupo de madres maltratadoras (n=100) a través del MMPI - 2 y se contrastó con un grupo de madres no maltratadoras (n=100). Se encontró que el perfil de las madres maltratadoras, presentó los valores medios más elevados y estadísticamente significativos en las escalas del MMPI – 2. De igual forma, encontraron que la variable maltrato se distribuye normalmente comportándose como un continuo, de tal forma que el maltrato medio (cotidiano) agrupa al mayor número de madres en el centro de la curva. Además, se puso en evidencia la naturaleza subjetiva de la variable maltrato, de tal manera que la percepción y auto calificación de “madre maltratadora” y “madre no maltratadora” por lo general difiere en las apercpciones, lo cual podría estar relacionado con los elementos de la diada afectiva madre – hijo.

Como se mencionó anteriormente, es importante comprender que el maltrato infantil es un fenómeno multicausal, en donde se encuentran implicados diferentes factores para que este pueda llevarse a cabo.

Uno de esos factores importantes está relacionado con los estilos o prácticas de crianza, ya que estos estilos están vinculados con algunas formas de maltrato. Es importante reconocer que los cuidadores de los niños, llámense madre, padre o tutor, no llegan a reconocer el maltrato ni mucho menos a visualizar las consecuencias en la estabilidad del niño, cuando se le percibe como una forma de educar y/o disciplinar a los niños.

Gaxiola, Frías, Sánchez & Jara, (2006), llevaron a cabo una investigación en la que determinaron la relación entre las variables familiares y los estilos de crianza a partir de la clasificación de Baumrind (1983): autoritario, autoritativo y permisivo, aplicaron un cuestionario a 182 mujeres de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Los resultados indican que las variables como el apoyo social recibido por las madres y la violencia intrafamiliar, se relacionan directamente con los estilos de crianza. En diversas investigaciones se ha encontrado relación entre el apoyo social recibido y los estilos de crianza debido a que el apoyo social representa recursos materiales y emocionales para las madres de familias (Garbarino & Eckenrode, 1999). Con lo anterior se apoya la idea de que los cuidadores de los niños, en especial las madres y los padres, desempeñan un papel importante y dinámico en el desarrollo de los niños.

Por otro lado, en México, el estudio de la ansiedad en niños maltratados ha sido poco explorado, se reportan estudios enfocados 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 que se enfatizan los problemas psicológicos que presentan estos menores, encontrando reacciones de ansiedad. Ampudia, Sánchez & Sarabia (2007), realizaron un estudio en donde se

identifican reacciones de ansiedad. En dicha investigación participaron 20 menores víctimas de abuso y maltrato (ambos sexos de entre 5 y 11 años de edad), del Centro de Estancia Transitoria de niños y niñas con el propósito de identificar el comportamiento psicoemocional de los menores mediante la Lista de Indicadores Emocionales (LIE), (Ampudia 2006, en Ampudia et al., 2007), en donde identificaron reacciones hostiles y distantes, problemas de conducta, agresividad y alta exigencia, conducta hipervigilante, así como conducta aislada, temores y elevada ansiedad.

Ampudia, López Arce, Rivera & Valencia (2008), estudiaron en 20 niños entre 2 y 12 años de edad víctimas de maltrato del Centro de Estancia Transitoria de niños y niñas, los rasgos de ansiedad en relación con los indicadores emocionales que presentan los menores que han sido expuestos a situaciones de violencia y maltrato.

Por su parte, en el 2004, Varela 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. En los resultados se observó que las respuestas fisiológicas fueron significativamente más de cuidado en los niños mexicanos – americanos y mexicanos que en el grupo de niños americano-europeo. Se encontró que 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 y en situaciones potencialmente estresantes, existió un porcentaje mayor de interpretaciones somáticas en los niños mexicanos y mexicano – americano que el americano- europeo. Los resultados muestran las uniones potenciales entre los valores culturales, la estatificación práctica y la ansiedad.

En resumen se puede decir que, en nuestro país, se han realizado investigaciones que conjuntamente aportan importantes conocimientos sobre el maltrato infantil. Se ha trabajado sobre la importancia de identificar los factores de riesgo en el núcleo familiar, las características principales de los agresores y sobre los efectos a largo plazo que acarrea el maltrato. También se ha hecho hincapié en identificar el comportamiento psicoemocional de los niños víctimas de violencia, así como de sus respuestas comportamentales y las dificultades que presentan para establecer relaciones con las personas que los rodean. A partir de la revisión de las investigaciones sobre ansiedad en menores maltratados, también se considera de igual importancia los aspectos epidemiológicos del problema

En lo correspondiente a la epidemiología del Fenómeno del Maltrato Infantil en México se cuenta con estadísticas importantes que reflejan el impacto social que esta problemática connota.

Se estima que tres millones de niñas y niños en México, es decir el 35% de la población infantil de entre seis y nueve años de edad, sufren de violencia familiar, de acuerdo con el Informe sobre la Violencia contra los niños de la Organización para las Naciones Unidas (ONU, 2011).

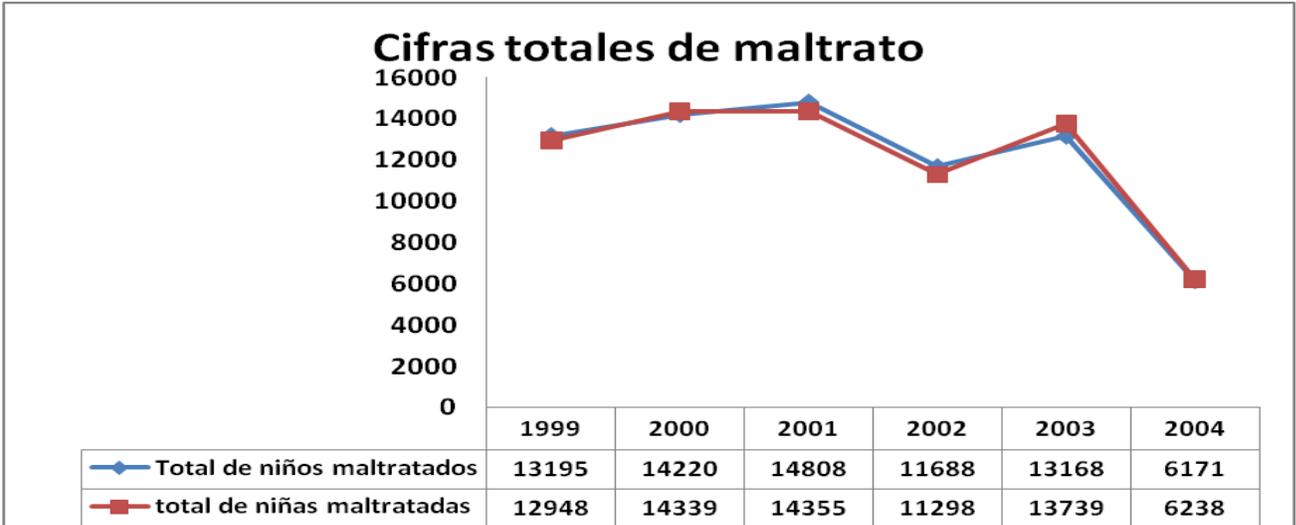


Figura 1. Distribución de las cifras totales de maltrato de los años; 1999, al 2004. (Fuente:: INEGI, 2005).

En la figura 1, se pueden apreciar las cifras totales de maltrato, tanto en niños como en niñas, desde el año 1999 al 2004. Para el año de 1999 se reportan 13195 niños maltratados por 12948 niñas maltratadas, en el 2000 hay 14220 niños maltratados y 14339 niñas maltratadas, en 2001 los niños maltratados fueron 14808 y 14355 niñas, en al año 2002 se reportaron 11608 niños maltratados y 11298 niñas, en 2003 los niños maltratados fueron 13168 y 13739 niñas maltratadas. Finalmente en el 2004 los niños maltratados fueron 6171 y niñas maltratadas 6238. Se resalta que para el año 2004 las cifras de maltrato disminuyeron en comparación con el año de 1999, es en el año 2001 donde se observa el mayor número de casos de niños y niñas maltratados. Aunque esto evidentemente tiene que ver también con la cultura de la no denuncia del maltrato, y solamente se consideran cifras de algunas instituciones.

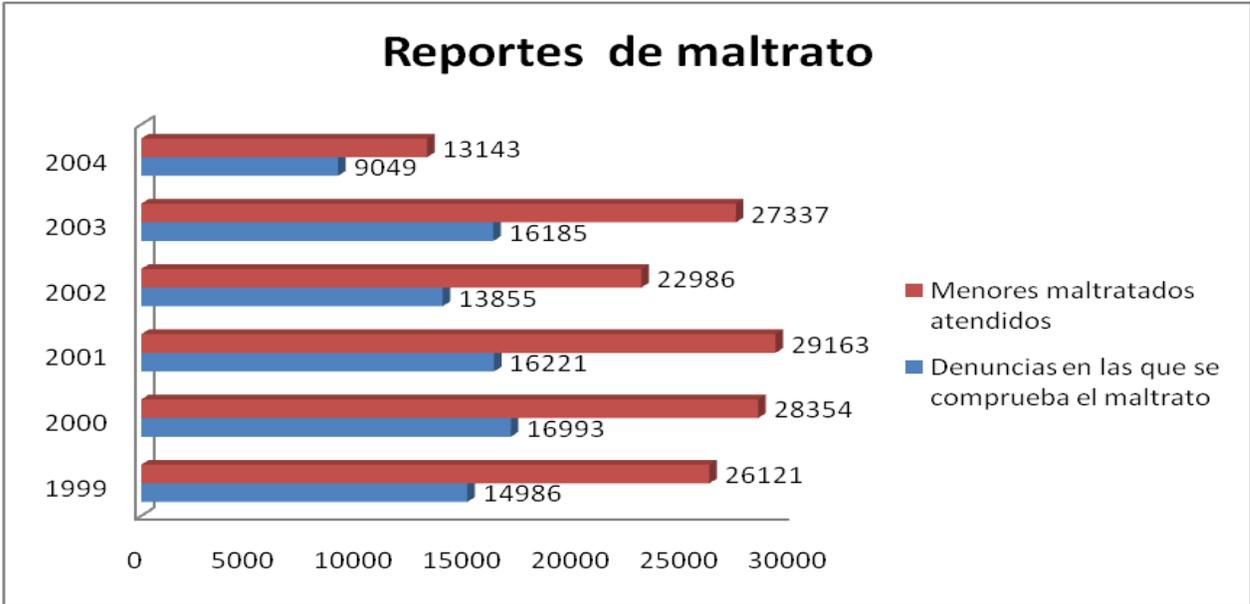


Figura 2. Reportes de maltrato de los años 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. DIF (2011).

De otra manera, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), por medio de su Programa de Atención del Maltrato Infantil (PREMAN), informa que, del año 2001 al 2004, se recibieron los siguientes reportes de niñas y niños maltratados (figura 2). Es en el año 2001 donde se observa el mayor número

de menores maltratados atendidos (29163) mientras que el año 2004 se tiene el menor número de menores maltratados atendidos (13143). En el año 2000 es donde se observa el mayor número de denuncias en donde se comprueba el maltrato (16993), siendo el año 2004 en donde se obtienen menos denuncias que se compruebe el maltrato.

De acuerdo con el DIF, del año 2001 al 2004 la madre funge como el principal agresor, reportándose en el 2001 el mayor número de casos (12010), el padre ocupa el segundo lugar y es también en el 2001 donde se reporta el mayor número de casos reportados (7409), enseguida se encuentran el padrastro en donde en el 2000 presenta su mayor numero de reportes (1559) y la madrastra. Que también en el 2000 presenta el mayor número (943).

Tabla 1. Casos reportados de maltrato infantil, especificando el agresor

AGRESOR	2000	2001	2002	2003	2004
Madre	11786	12010	9568	10668	5160
Padre	7201	7409	5986	7349	2947
Ambos padres	0	0	1124	240	515
Madrastra	943	745	516	871	306
Padrastro	1559	1429	1121	1485	590

Por otro lado, el INEGI (2005) reporta datos referentes al porcentaje de menores atendidos por maltrato y al mismo tiempo especifica el tipo de maltrato que sufrieron estos menores. Durante el año 2002, el tipo de maltrato de mayor incidencia fue el físico, seguido de la omisión de cuidados, después el maltrato emocional, negligencia, abandono, abuso sexual, explotación laboral y finalmente la explotación sexual. Durante el año 2003, SE presenta un incremento importante en cuanto al abandono, maltrato emocional y omisión de cuidados. Los datos proporcionados para el año 2004, señalan que sigue habiendo un decremento en la incidencia del maltrato físico. Asimismo, en el caso del abuso sexual, la negligencia y la explotación laboral (Tabla 2) (INEGI, 2005).

Tabla 2. Porcentaje de menores atendidos por Maltrato infantil y por tipo de maltrato

TIPO DE MALTRATO	Año	Año	Año
	2002	2003	2004
Físico	31.0%	29.2%	23.7%
Abuso Sexual	4.9%	4.4%	3.8%
Abandono	6.4%	8.4%	7.7%
Maltrato emocional	20.6%	27.0%	21.1%
Omisión de cuidados	23.2%	27.7%	27.6%
Explotación sexual comercial	0.3%	0.2%	0.2%
Negligencia	13.4%	8.6%	8.3%
Explotación Laboral	1.1%	0.8%	0.8%

Fuente: INEGI, 2005.

En relación a la escolaridad de los agredidos, el DIF señala que en los años 2001 al 2005, los datos no varían en gran medida en cuando al porcentaje mayor de escolaridad el cual corresponde al nivel primaria, enseguida se encuentran los lactantes, quienes obtienen su mayor porcentaje en el año 2004 (25.39%), los preescolares se encuentran en tercer lugar de casos reportados teniendo en el año 2003 el mayor porcentaje de casos reportados (14%), los menores que no tienen escolaridad también representan un considerable porcentaje de casos reportados (Tabla 3).

Tabla 3. Casos reportados por maltrato infantil, por nivel escolar

Escolaridad	Año	Año	Año	Año	Año
	2001	2002	2003	2004	2005
Lactantes	19.69%	22.97%	18.21%	25.39%	19%
Preescolar	11.50%	12.75%	14.00%	12.69%	13.2%
Primaria	48.02%	47.34%	46.22%	44.39%	45.5%
Secundaria	7.36%	8.45%	10.49%	7.87%	10.25%
Preparatoria	0.74%	1.13%	1.73%	1.11%	1.5% ¹⁰
Sin escolaridad	12.70%	7.32%	9.41%	8.52%	10.62%

Fuente: DIF, 2011.

Se cuenta con numerosas investigaciones a nivel internacional que abordan el tema del maltrato infantil. En donde se indican los efectos que este tiene sobre el individuo y como se ven afectadas todas las áreas de su vida, las victimas ven principalmente afectada su conducta, emociones, forma de relacionarse con los demás, entre otras. También se hace hincapié en las características de los agresores y en las características del medio en el cual se desenvuelve dicha problemática (Francia, 2003; Jones, 2008; Rodríguez, 2010).

Dentro de las investigaciones hechas en México, relacionadas con el estudio de la ansiedad y el maltrato infantil, se encuentran estudios enfocados hacia la evolución de la psicopatología del menor, sus alteraciones en el proceso de desarrollo emocional, adaptación social y afectiva del niño, enfatizando los problemas psicológicos que presentan los menores, encontrando reacciones de ansiedad (Ampudia & cols. 2007, Ampudia & cols. 2008).

Como se ha señalado en la literatura, la problemática del maltrato infantil se encuentra presente en todos los países sin hacer distinción de clases sociales, los principales afectados son los niños, víctimas en muchas ocasiones de sus propios padres. Actualmente se ha puesto mayor interés en abordar el problema, existen investigaciones internacionales y nacionales encaminadas a la identificación de la problemática, así como de las consecuencias que acarrea.

Ahora bien para poder abordar el tema del maltrato infantil, es importante hacer una revisión de los principales planteamientos teóricos, para comprender de manera adecuada dicho fenómeno.

CAPÍTULO 1

MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un fenómeno que se reconoce desde los inicios de la civilización. Actualmente se considera una problemática social, universal y compleja. Los contextos en donde se desenvuelve este fenómeno son variados y es considerado como una problemática multicausal. A través del tiempo, diversas investigaciones (Francia, 2003; Jones, 2008; Rodríguez, 2010), se han enfocado a analizar las consecuencias, que el maltrato provoca en los menores, y se ha encontrado que éstas tienen un elevado costo en términos económicos y humanos. Los niños maltratados suelen presentar déficits cognitivos, baja autoestima y serias dificultades para mantener unas relaciones adecuadas con sus iguales, entre otras muchas características más (Cantón, 1997).

El tema del maltrato infantil no cuenta con una definición única, por lo que debe abordarse desde diferentes perspectivas, por lo que en la presente investigación se plantea abordar el tema desde su definición, asimismo se consideran las causas del maltrato, los tipos y las consecuencias que este fenómeno acarrea, sin dejar de lado los derechos humanos con que todos los menores cuentan.

1.1 Definición de maltrato infantil

El maltrato infantil es un fenómeno que ha pasado a través de la historia de la humanidad, por todas las razas y culturas, y en diferentes formas. El maltrato infantil ha existido desde siempre, así que a lo largo de la historia, los niños han sido considerados como propiedad privada de sus progenitores y, en algunas épocas, propiedad de la sociedad en la que vivían. A lo largo de la historia, la infancia ha sido considerada como un grupo social de segunda categoría (Martínez & De Paúl, 1993).

El reconocimiento del fenómeno se dio en la década de los años sesenta, sin embargo a finales del siglo XIX empezaron a surgir las primeras asociaciones de apoyo al niño y en contra de la crueldad infantil (Martínez & de Paúl, 1993).

Uno de los principales objetivos del estudio del maltrato infantil se centra en encontrar la mejor manera de corregir las situaciones individuales, familiares y sociales que lo potencian, es por eso que se debe contar con una comprensión acertada y concisa de las mismas. Sin embargo, tal comprensión de las potencialidades causas o de los factores de riesgo es limitado, por lo que se presentan dificultades para establecer definiciones concretas de lo que es el maltrato infantil (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

En este sentido, no existe alguna definición que haya alcanzado una aceptación general, lo que hace que la mayoría de los investigadores desarrollen su propia definición, lo cual provoca una evidente imposibilidad de comparar los resultados. Adicionalmente, no se cuenta con una verdadera uniformidad en lo que se entiende por maltrato, ni en los diferentes indicadores individuales, familiares o sociales que se presentan en cada tipología de maltrato (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Particularmente, Martínez & de Paul (1993), señalan que es difícil establecer una definición desde el punto de vista psicológico, sobre todo en el caso de situaciones que presentan una multiplicidad de categorías, como es el caso del maltrato infantil, así que la problemática para definirlo parte de una serie de consideraciones como lo son:

- a) Amplitud o restricción a determinados aspectos.
- b) Contraposición o no con el concepto de “buen trato” en relación a los distintos modelos culturales.
- c) Grado de intencionalidad por parte del maltratador.

- d) Utilización posterior de la definición: acción legal, acción social, toma de decisiones, etc.
- e) Percepción de la víctima y del maltratador del hecho abusivo.
- f) Disciplina y ámbito profesional en la que se vaya a aplicar la definición.
- g) Estatus evolutivo y de desarrollo del niño.

Aunque no existe una definición única sobre el maltrato infantil, las distintas condiciones y formas del maltrato hacen necesario encontrar criterios operacionales para su descripción (Martínez & De Paúl 1993).

Zuravin (1991), propone que para la definición de maltrato infantil, se deben de tener en cuenta varios principios generales, como; la división de categorías en subcategorías, la claridad conceptual (especificación de criterios que debe cumplir la conducta), la mensurabilidad/observabilidad (operacionalización en conductas observables y medibles en grado, frecuencia y duración) y la adaptación de los criterios operacionales a la edad del niño. Por ejemplo, las conductas consideradas como abandono físico a una edad pueden entenderse como sobreprotección en otra (citado en Cantón, 2002).

Arruabarrena & de Paúl (1994), consideran que para poder dar una buena definición del maltrato infantil es importante establecer límites claros entre lo que es maltrato y lo que no lo es, incluyendo también las costumbres y los aspectos culturales. También proponen que los criterios para definir una situación de maltrato deben fundamentarse en las consecuencias en el niño, esto quiere decir, en los daños producidos, en las necesidades no atendidas, y no tanto en la presencia o ausencia de determinadas conductas parentales. Es así como proponen tres criterios para dar una adecuada definición de maltrato infantil:

1. La perspectiva evolutiva. Que indica que un mismo comportamiento parental puede ser dañino para un niño o puede no serlo, dependiendo del momento evolutivo en que el menor se encuentre. La conceptualización de una acción o una

omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se deben establecer en función de la edad del niño.

2. Presencia de factores de vulnerabilidad del niño. El comportamiento parental puede no ser dañino para un niño sano, mientras que ese mismo comportamiento resulta dañino para un niño que presente algún problema de salud.
3. Existencia de daño real o de daño potencial. Definiendo al maltrato infantil en relación a sus consecuencias en el niño, se refiere a los daños o lesiones detectables, aunque no siempre es el caso, ya que muchos comportamientos parentales no tienen consecuencias negativas a corto plazo si no que las consecuencias se presentan a mediano o largo plazo.

Por su parte, Martínez & de Paúl (1993), definen al maltrato infantil como las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño.

Gil (1970), definió al maltrato como: cualquier acto, efectuado o no, realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, así como todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia y que priven a los niños de su libertad o sus derechos correspondientes y/o dificulten su óptimo desarrollo (citado en Martínez & de Paúl 1993).

Ahora bien, el fenómeno del maltrato infantil ha existido desde el inicio de la humanidad, sin embargo fue Kempe en 1962 quien publicó un artículo en donde acuñó el término de "*síndrome de niño golpeado*", al que define como "el uso de fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor" (citado en Osorio & Nieto, 2005).

Osorio & Nieto (2005), se refieren al niño maltratado como: persona humana que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo, tengan relación con ella.

Para Corsi (2003), hablar de maltrato hace referencia a un tipo de violencia intrafamiliar, donde se contemplan todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos. En este caso, se habla de los niños, ya que existe una vertiente de violencia que va de generación en generación, esto es, los padres que agreden a sus hijos. La violencia es dirigida siempre hacia la población más vulnerable; algunas de las formas que adopta este tipo de violencia se resuelve en maltrato físico, abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional, abuso sexual, abuso económico y explotación.

El maltrato infantil se considera un problema de salud mundial, debido a que se encuentra presente en todos los países, así como por las repercusiones que provoca en la integridad física y psicológica de millones de niños (Gaxiola & Frías, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), por su parte, define al maltrato como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Con lo anterior, se puede observar que el maltrato infantil es un tema de importancia global, que puede y debe abordarse desde diferentes perspectivas, recordando siempre que lo principal y más importante es asegurar el bienestar biopsicosocial de los niños.

Para el presente trabajo se tomara la definición de maltrato propuesta Loredo, (1994), quien considera al maltrato infantil como: toda agresión u omisión física, sexual psicológica o negligencia intencional contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar; por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica.

1.2 Etiología del maltrato infantil

Después de que Kempe (1961) celebrara el simposio sobre el Síndrome del niño maltratado, este tema quedo restringido al campo de la medicina y de la psiquiatría, estudiándose las causas desde este punto de vista. El abuso infantil se consideró el resultado de unos padres con trastornos de la personalidad y del comportamiento (Pianta, Egeland y Erickson, 1989 citado en Cantón, 2002).

De acuerdo con Ampudia (2007), el maltrato infantil, no se considera un hecho o acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, propios del niño, etc., no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente. Por lo tanto, son muchas las razones que inducen a creer que el maltrato y descuido de menores es común, de ahí, que es importante identificar cuáles son las condiciones adversas en las que se producen este tipo de situaciones, de tal modo que se pueda lograr una detección oportuna del problema.

Por su parte, Ochotorena & Arruabarrena (1995) hacen énfasis en que la aparición del maltrato se centra en la propia experiencia de los padres, siendo víctimas de

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 relacionada a la hipótesis de la transmisión generacional del daño, ya que en este tipo de familias, los niños aprenden que la violencia y el amor pueden coexistir y que este es un modo aceptado para resolver los conflictos, por lo tanto desarrollan una mayor tolerancia a esta (citado en: Santaella, Ampudia, Valencia & Rivera, 2007).

Adicionalmente, Osorio & Nieto (2005), proponen que la etiología del fenómeno del niño maltratado, abarca el examen de los factores individuales, familiares y sociales, dichos factores pueden, en ocasiones, entrelazarse y darse simultáneamente.

Factores Individuales: Dentro de los factores individuales que generan el maltrato, pueden englobarse diferentes características que poseen los padres o personas que efectúan el maltrato. En muchas ocasiones los agresores, generalmente los padres o tutores, tuvieron ascendientes que los maltrataron, lo que dio por resultado que crecieran con lesiones físicas y emocionales que les produjeran sentimientos de rechazo y subestimación de sí mismo, lo que los hace depresivos e inmaduros. En muchas ocasiones, estos sentimientos de minusvalía, derivan en castigo hacia los hijos, ya que en estos descargan sus tendencias negativas. El agresor es un sujeto inadaptado que crece incomprendido y que suele ser impulsivo e incapaz de organizar su hogar, dichas situaciones lo conducen a reaccionar violentamente en contra de sus hijos, sobre todo en momentos de crisis, sean triviales o graves, en circunstancias en que se sienten amenazados. Dichas actitudes generan efectos igualmente negativos en los niños, lo que provoca un círculo vicioso que continúe generación tras generación.

Dentro de las motivaciones que se encuentran en los padres maltratadores se encuentra, el temor a la incapacidad paterna de asumir responsabilidades, o bien

en la compensación que experimentan de sus frustraciones al maltratar a un sujeto débil.

Otro de los factores que interviene, es la incapacidad para comprender al niño, que puede darse por la incapacidad física y/o emocional de la madre; por ejemplo, si el niño está llorando, se le alimenta, si continua llorando se le asea y si prosigue con el llanto se le golpea, de tal modo que los cuidados y el amor maternal se transforman en aversión.

En otros casos el maltrato, se produce como resultado de estados de estados de intoxicación debidos a la ingestión de bebidas alcohólicas u otros fármacos; o bien por personas que cuentan con alteraciones psicológicas importantes caracterizadas por esquemas mentales y estados de angustia e inseguridad que les hacen chocar con el ambiente en forma reiterada y sistemática.

Finalmente, otro factor que causa el maltrato hacia los niños, son los juegos violentos y las manipulaciones bruscas que se ejercen sobre el menor.

La falta del ejercicio del amor, por no haberlo recibido en la infancia, es el factor que condiciona luego a los padres para martirizar a sus hijos, en una cadena interminable de horrores y sufrimientos trasmitidos de generación en generación.

Factores Familiares: Estos se encuentran estrechamente relacionados con los factores individuales y sociales. Considerando la situación familiar, se nota que se pueden presentar circunstancias que generan malos tratos a los niños cuando estos no han sido deseados, cuando provienen de uniones extramatrimoniales, cuando son adoptados o incorporados a la familia en alguna otra forma de manera transitoria o definitiva, cuando son producto de uniones anteriores o cuando se han colocado en otro lugar y no se acepta su retorno a la familia original. Es posible que los malos tratos se den en familias numerosas, en razón de carencias

diversas, educacionales, de habitación, económicas, etc. Aunque no siempre sucede de esa forma.

Normalmente, en las familias en que hay niños maltratados la vida es desordenada, hay inestabilidad y desorganización familiar, así como problemas económicos, enfermedades, desempleo o subempleo, embarazos no deseados, expulsiones de la escuela y desintegración familiar. Sin embargo, las características anteriormente mencionadas, no representan una regla sin excepción para los malos tratos, hay hogares bien integrados, que cuentan con una sólida base económica y con características positivas en donde también se da el maltrato.

Factores Sociales: El abuso de los menores, ocurre en todos los grupos socioeconómicos y en todas las clases sociales, en todas las razas, nacionalidades y religiones. Los malos tratos pueden darse en cualquier grupo socioeconómico, pero por diversas razones este hecho presenta mayor incidencia en niveles económicos inferiores, sin dejar de reconocer que los estratos superiores están en mejor posibilidad de ocultar o disimular los hechos.

Probablemente, los grupos socioeconómicos bajos, se encuentran sometidos a una gran carga de estrés que en muchas ocasiones se combina con grandes dosis de frustración, ya que las necesidades básicas familiares no logran cubrirse adecuadamente, lo cual acarrea insatisfacción mal canalizada (Loredo, 1994).

Otro factor que influye en la realización de los malos tratos, es la identificación del castigo físico como una norma de educación, ya que se considera como un instrumento formativo eficiente para los niños. En varios ámbitos como el escolar, familiar, talleres de aprendizaje, se utilizan distintas formas de castigo que son maneras de “educar” a los menores. Cada una de estas representaciones, son expresiones de las diferentes regiones, tradiciones y costumbres sobre las que se rigen las sociedades (Loredo, 1994).

Finalmente, se considera que la falta de sensibilidad de la colectividad con respecto al problema de maltrato, es también un factor que influye en la realización de estos actos. La indiferencia con la que muchas personas reaccionan, contribuye a que las conductas de agresión se presenten sin que exista una respuesta social represiva de esos actos y omisiones (Osorio & Nieto 2005).

1.3 Tipos de maltrato infantil

Para establecer una división del maltrato infantil, se puede hacer según conceptos diferentes conceptos: tipo de lesión, satisfacción de las necesidades físicas o emocionales, etc. Martínez & de Paul (1993), proponen una división en donde se distingue el maltrato según se dé, ya sea en el ámbito familiar o extrafamiliar.

Maltrato Familiar (o intrafamiliar): se produce dentro del hábitat habitual del niño, es decir, su familia. Por lo tanto, los agresores directos de los menores son las personas que conviven con él y que tienen a su cargo su educación, formación y cuidado. En este tipo se puede hablar de condicionantes personales, familiares y ambientales, recordando que el niño no suele ser más que un “síntoma” de una familia desestructurada o desestabilizada. Dentro del maltrato familiar, se incluyen: el abandono, la negligencia, maltrato físico, maltrato psíquico o emocional, maltrato sexual, síndrome de Münchhausen por poderes y maltrato prenatal.

Maltrato Extrafamiliar: se produce fuera del ámbito familiar; puede ser dirigido hacia el niño como individuo o hacia la infancia como grupo. En este tipo de maltrato se suele incluir maltrato institucional, explotación laboral, abuso sexual y consumismo.

Por su parte, Arruabarrena & de Paúl (1994), plantean la siguiente clasificación de maltrato (Tabla 4):

Tabla 4. Clasificación del maltrato

MALTRATO	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

Fuente: Arruabarrena & de Paúl (1994).

Maltrato Activo: Implica el uso de la fuerza física y/o psicológica la cual causa graves daños en los menores, dependiendo de su intensidad y frecuencia (Barudy, 1998). Dentro de este tipo de maltrato se incluyen el abuso físico, abuso sexual y el maltrato emocional (Arruabarrena & de Paúl 1994).

☞ **Maltrato físico:** Es el tipo de maltrato infantil más conocido y suele recibir la denominación de “síndrome del niño apaleado” (Martínez & de Paul, 1993). Se define como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Los indicadores de tipo físico que se consideran consecuencia de maltrato son: magulladuras o moretones, quemaduras con formas definidas de objetos concretos, cigarrillos o puros, fracturas de nariz, mandíbula o huesos largos, torceduras o dislocaciones, heridas o raspaduras, señales de mordeduras humanas, cortes o pinchazos, lesiones internas, fractura de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento (Arruabarrena & de Paúl 1994).

☞ **Abuso Sexual:** Según Martínez & de Paul (1993), el abuso sexual es un tipo de maltrato infantil que se encuentra entre el maltrato físico y el emocional. Se define como “cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño” (Arruabarrena y de Paúl, 1994). De manera general, se trata de la participación del niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está

preparado para su desarrollo y a las que no puede otorgar su consentimiento (Martínez & de Paúl 1993).

Arruabarrena & de Paúl (1994), clasifican el abuso sexual en cuatro tipos: incesto, violación, vejación sexual y abuso sexual sin contacto físico.

Otra división se establece, según el tipo de abuso que se dé, este puede ser: contacto físico sexual penetración oral, anal o vaginal. Tocamiento intencionado con o sin agresión, estimulación del área perineal del/la agresor/a por parte del niño/a, inducción al/la niño/a a penetrar o pseudopenetrar al/la agresor/a, tomar o mostrar fotografías o películas de carácter sexual explícito o simulado, hacer partícipe u observador/a al/la niño/a en actos sexuales con objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, masturbación en presencia del menor, exposición de los órganos sexuales al menor con el propósito de obtener excitación o gratificación sexual y solicitud indecente o seducción verbal explícita (Martínez & de Paúl, 1993).

☞ **Maltrato Emocional:** Se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles, desde la evitación hasta el encierro o confinamiento, por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar (Arruabarrena & de Paúl, 1994). En este tipo de maltrato se incluyen: el rechazo verbal, la falta de comunicación, el insulto, la desvalorización repetida, la educación en la intimidación, la discriminación o las exigencias superiores a las propias de la edad o a sus capacidades (Martínez & de Paúl, 1993).

☞ **Maltrato Pasivo:** se refiere a la omisión de intervenciones que son necesarias para mantener el bienestar del niño (Barudy, 1998). Dentro de esta clasificación se encuentran el abandono físico y el abandono emocional, de acuerdo con Arruabarrena & de Paúl, 1994.

☞ **Abandono Físico:** se define como aquella situación donde las necesidades físicas básicas del menor, como lo son: alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y cuidados médicos, no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño. En otras palabras, el abandono físico se da cuando las necesidades básicas de los niños no son satisfechas, independientemente de las causas (Arruabarrena & de Paúl, 1994).

☞ **Abandono Emocional:** es considerado como la situación en la que el menor no recibe afecto, apoyo, estimulación y protección necesarios en cada estadio de su evolución, lo cual repercute y dificulta su desarrollo (García & Noguero, 2007). En este tipo de maltrato existe una falta persistente de respuesta a las señales, como llanto y sonrisa, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable (Arruabarrena et al., 1994).

El fenómeno del maltrato puede ser bastante similar, sin embargo el comportamiento de las familias no es uniforme y es por ello que existen diversos patrones de conducta maltratante, a continuación, se describirán algunas otras formas de maltrato:

☞ **Maltrato Prenatal:** en este tipo de maltrato se incluyen, todas las condiciones de vida de la madre gestante, que pudiéndolas evitar se mantienen y trae consecuencias negativas en el feto. Algunas de las condiciones que podían afectar el proceso de gestación son: alimentación deficitaria, exceso de trabajo corporal, enfermedades infecciosas, hábitos tóxicos, seguimiento inadecuado de una enfermedad crónica, consumo de drogas, etc. (Martínez & de Paúl, 1993).

☞ **Maltrato por Negligencia:** según Martínez & de Paúl (1993), este tipo de maltrato es el más frecuente, y lo definen como las actuaciones inconvenientes

por parte de los responsables del cuidado y educación del niño, ante sus necesidades físicas, sociales, psicológicas e intelectuales, así como una falta de previsión del futuro. Las repercusiones de este maltrato varían en relación a su duración. Puede ser motivado de forma consciente o puede producirse como una manifestación más de la ignorancia, la incultura, la pobreza y la incapacidad parental para proteger y criar a los hijos.

☞ **Síndrome de Münchhausen por poderes:** consiste en la simulación de síntomas físicos patológicos en terceras personas. Se puede hacer mediante la administración o inoculación de sustancias o la manipulación de excreciones o simplemente la sugerencia de sintomatología difícil de demostrar. Estos hechos conllevan a numerosos ingresos hospitalarios y a interminables exámenes médicos (Martínez & de Paúl, 1993).

☞ **Sobreprotección:** son las diferentes actitudes y conductas de los adultos que derivan en el niño o joven siendo impedido para alcanzar la autonomía adecuada para su edad (García & Noguero, 2007).

☞ **Sobreexigencia:** son las diferentes actitudes y conductas de los adultos que derivan en exigir al menor a alcanzar la autonomía por encima de su edad (García & Noguero, 2007).

☞ **Maltrato Institucional:** Martínez & de Paúl (1993), incluyen los actos de comisión o de omisión y condiciones o acciones permitidas en el contexto de organizaciones, sistemas de protección del menor y programas o protocolos llevados en centros que violan los objetivos del cuidado institucional del menor, con amenaza para su correcto desarrollo. Es importante considerar, que este tipo de maltrato o sólo se da en los centros como albergues, instituciones para delincuentes, centros para niños con discapacidad, escuelas u hospitales, sino que también incluye la institución sanitaria, educativa, jurídica o de asistencia social. El origen se encuentra en las personas responsables directas de la

atención, protección y educación del niño, y en las responsables de las diferentes políticas aplicables a la infancia.

☞ **Explotación Laboral:** se define como la situación en que los padres o cuidadores asignan obligatoriamente al menor a realizar trabajos que: excedan los límites de lo habitual, deberían ser realizados por adultos, interfieran de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, son asignados al niños con el objeto fundamental de obtener un beneficio económico similar para los padre o la estructura familiar (Gizalan, 1991; citado en Gómez, 1997).

1.4 Consecuencias del maltrato infantil

Como se ha señalado, el maltrato infantil es un fenómeno que cuenta con varias implicaciones, una de ellas se refiere a las consecuencias que dicho tema acarrea. En la actualidad se considera un fenómeno social que exige la búsqueda de un cuerpo solido de conocimiento sobre las causas, modo de desarrollo y características, a modo que posibilite un adecuado abordaje en distintas vertientes, tanto a nivel preventivo, como diagnóstico y terapéutico (Casado, 1997).

En la actualidad se considera necesario el estudio de las consecuencias o resultantes del maltrato a corto y a largo plazo en el desarrollo del niño, ya que se tiene la certeza de que a largo plazo puede originar problemas psicológicos o físicos, que a su vez a acarrear problemas de ajuste socioemocional (Gallardo, Trianes & Jiménez, 1998).

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 y el acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, social y psicológica (Bustos, Mendoza, Ampudia, Pérez, & Medina, 2007). Retomando a Martínez & de Paúl (1993), las consecuencias del maltrato se pueden dividir en: consecuencias somáticas y consecuencias psicológicas y comportamentales.

Consecuencias Somáticas: En los casos de abandono y negligencia es frecuente que se presente retraso ponderoestatural. A si mismo los problemas médicos no atendidos pueden llegar a ser irrecuperables en relación al momento en el que se produzca la intervención, dichos problemas pueden ser: estrabismo, maloclusiones dentarias, pies valgus, escoliosis, etc.

La falta de administración de las vacunas puede propiciar la adquisición de alguna de las enfermedades de las que protegen, con las consecuencias impredecibles que ello puede suponer con entidades como sarampión, parotiditis, poliomielitis, difteria o tétanos. La falta de vigilancia y supervisión durante los dos primeros años de vida puede condicionar la repetición de accidentes con consecuencias impredecibles.

Cuando existe maltrato físico, las lesiones pueden provocar alguna cicatriz en relación a heridas o quemaduras profundas. Las lesiones internas son las que comportan consecuencias más graves y su sola presencia es sinónimo de severidad. Las posibles hemorragias craneales, las hidrocefalias postraumáticas, las consecuencias de edemas cerebrales, etc., pueden ocasionar retrasos, déficits motores, cognitivos, epilepsias, etc. En la patología ocular se pueden encontrar cegueras por desprendimiento de retina, glaucomas, cataratas postraumáticas, dislocaciones del cristalino, etc. También se puede dar, resección de partes del aparato digestivo con consecuencias nutricionales y de crecimiento.

En los casos de abuso sexual pueden existir embarazos en preadolescentes y adolescentes con todas sus consecuencias físicas y emocionales asociada, así

como enfermedades de transmisión sexual. Las anomalías consecutivas a las cicatrices en orificios vaginales o anales pueden condicionar a veces su función posterior.

El maltrato prenatal puede provocar prematuridad con todos los rasgos bioquímicos, respiratorios, nutricionales e infecciosos que puede comportar, también algunas enfermedades infecciosas transmitidas en la fase prenatal, como la hepatitis B y C o el SIDA.

Consecuencias psicológicas y comportamentales: este tipo de consecuencias, afectan las emociones y la conducta del niño. Sin embargo, es importante conceptualizar que las consecuencias del maltrato deben darse a partir del examen de las características del ambiente general de socialización que proporcionan las familias maltratantes o negligentes a los niños en su desarrollo evolutivo (Azar, 1988, citado en Martínez & de Paúl, 1993). Una de las primeras áreas generales de estudio de las consecuencias ha sido la psicopatología. En las primeras revisiones, se mostraba un mayor interés en aspectos tan variables y dispares como el retraso intelectual, la hiperactividad, la ansiedad de separación, el pobre control de impulsos, la disminución del autoconcepto, las conductas autodestructivas y el retraso en el rendimiento escolar.

Sin embargo, actualmente se reconoce que los problemas escolares pueden ser originados por el trato violento que reciben los niños en sus hogares, y no encuentran estímulo ni reconocimiento para sus esfuerzos, lo que les impide desarrollar un interés por las actividades escolares. Asimismo su estado emocional les impide adoptar una conducta escolar favorable.

Por su parte Osorio & Nieto, (2005) afirman que el niño que ha sufrido malos tratos, de índole físico como algún otro tipo de maltrato, llagara a la edad juvenil, carente de claros y definidos conceptos de solidaridad humana, de respeto a los individuos y a la colectividad, con sentimientos de odio, agresividad y quizá de

revanchismo; le será difícil adaptarse a la vida colectiva y puede incurrir en conductas antisociales como una reacción de los malos tratos sufridos. El alcoholismo y las toxicomanías han sido estudiados también como posibles consecuencias del maltrato infantil.

Dentro de las consecuencias comportamentales, se puede observar que los niños víctimas de maltrato, a partir de los 12-18 meses se muestran temerosos en exceso y cuentan con un estado de alerta angustiosa e inmóvil, dirigida hacia su medio 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 los niños mayores se han observado dos tipos de comportamientos: una gran timidez con retraimiento temeroso, o por el contrario, inestabilidad notoria, acompañada de comportamientos caóticos, desorganizados y violentos, donde el fracaso escolar es frecuente, aun 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 & Ajuriaguerra, 2004).

Los menores víctimas de maltrato también sufren 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 esfuerzan en lograr objetivos en las actividades que realizan, por lo que se creen incapaces, experimentando 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 (Marcelli & Ajuriaguerra, 2004).

Por otro lado, Fernández (2002), señala que las consecuencias en menores víctimas de maltrato, se pueden describir a partir de un recorrido evolutivo de los problemas emergentes:

1. En los infantes: se afecta el vínculo que tienen con los adultos que los cuidan, a través de los problemas que se detectan a nivel de manifestación de las emociones. El niño es muy llorón, inquieto y gritón, los padres solucionan esto con un golpe. El primer mensaje que incorpora el niño, es de no manifestar sus emociones, porque esto lo lleva a recibir un 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 ven incrementados los problemas de relación con los pares y con los adultos al manifestarse la impulsividad y la agresividad; aparecen la depresión y la inhibición y comienzan los trastornos de conducta como son: mentir, robar, se vuelven violentos y su atención en clase disminuye.
4. Al inicio de la adolescencia: presentan conductas antisociales, se fugan del hogar, deambulan en la calle, roban, pueden entrar en contacto con las drogas y entrar al mundo del delito.

En un estudio realizado por Ampudia (2007), se encontraron como indicadores emocionales en menores víctimas de maltrato; comportamiento y reacciones hostiles y distantes y problemas de conducta hipervigilante. A su vez, también son niños aislados y miedosos con elevada ansiedad, con gran pasividad, baja empatía, desinterés por los demás y poca motivación por el entorno.

Según Barudy (1998), los niños que sufren de maltrato, cuentan con una mala imagen de sí mismos, a lo que se le denomina "trastorno de identidad", en la que

el niño se convence de ser “el malo” y se adjudica ser la causa del nerviosismo de sus padres, tiene sentimientos de culpa con el fin de obtener 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 y/o autoritario. Los niños que son golpeados desarrollan lentamente sentimientos de depresión y de desesperación así como comportamientos autodestructivos que incluyen la automutilación. No se sienten respetados por sus padres ni por el mundo adulto en general.

Es indudable que el maltrato genera diferentes repercusiones en el desarrollo del niño, dichas repercusiones son modificadas en función de la edad del menor, las circunstancias y las vivencias previas asociadas directa o indirectamente con la situación de maltrato. Es por eso que las consecuencias del maltrato no son necesariamente iguales para todos los casos, pudiendo adquirir mayor o menor gravedad o sintomatología de acuerdo al caso encontrado (Sukhodolskya, Kassinove & Gorman, 2004).

Conocer con precisión y detalle cuales son las consecuencias que acarrea el maltrato a los menores en toda su complejidad de relaciones, puede afinar la detección, mejorar la eficacia de los tratamientos y asegurar también el diagnóstico de los casos de alto riesgo, así como la prevención dirigida a la población en general.

1.5 Derechos de la Infancia

Fue en 1874, cuando en Estados Unidos se ganó el primer proceso judicial que defendía a una niña frente a los malos tratos que le daba su madre. Dicho proceso fue iniciado por la Sociedad Protectora de Animales ya que la policía se negó a intervenir porque en ese entonces no existía ninguna ley para proteger a los niños que previese como delito el maltrato infantil (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Sin embargo, a través de la historia se han propuesto iniciativas a favor de la protección de los niños frente al maltrato causado por los adultos. Fue a mediados del siglo XX cuando la Declaración de los Derechos del Niño aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959, la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada también por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por el Parlamento español en 1990, reconoció a los niños y niñas como *sujetos de derechos*. A partir de ese momento, el desarrollo y socialización de la infancia y su protección frente al maltrato tiene un amparo jurídico (Arruabarrena y de Paúl, 1994).

En diciembre de 1946 fue creado por las Naciones Unidas el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, mejor conocido como UNICEF (por sus siglas en inglés), para proteger a los niños de Europa que tras la Segunda Guerra Mundial los cuales eran atacados por hambre y enfermedades. La misión principal de este organismo, consistió en proteger los derechos de niños y niñas, para contribuir a resolver sus necesidades básicas y ampliar sus oportunidades a fin de que alcancen su pleno potencial, la UNICEF se rige bajo las disposiciones y principios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Cabe mencionar, que cada país cuenta con diversos sistemas jurídicos y tradiciones culturales, sin embargo la Convención está compuesta por una serie de normas y obligaciones aceptadas por todos. Dichas normas se denominan a su vez derechos humanos, que se basan en el respeto a la dignidad y el valor de cada individuo, independientemente de su raza, color, género, idioma, religión, opiniones, orígenes, riqueza, nacimiento o capacidad, y se aplica a todos los seres humanos en todas partes del mundo (UNICEF, 2011).

La Convención de los Derechos de los Niños fue aprobada por la Asamblea General de la ONU en el año de 1989, esta, define al maltrato infantil como *toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo custodia de sus*

padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo (citado en Casado, Díaz & Martínez, 1997).

En dicha Convención se establecieron los derechos de los menores en 54 artículos y dos protocolos facultativos. Define los derechos humanos básicos que disfrutaban los niños y niñas en todas partes: el derecho a la supervivencia; al desarrollo pleno, a la protección contra influencias peligrosas, los malos tratos y la explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social. Los cinco principios fundamentales de la Convención son: la no discriminación, la dedicación al interés superior del niño; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; y el respeto por los puntos de vista del niño. Asimismo, protege los derechos de la niñez al estipular pautas en materias de atención de la salud, la educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales.

Las organizaciones de defensa de los derechos de los niños y las niñas, lograron la firma de la Convención de los Derechos del Niño, firmada por el Ejecutivo Federal y ratificada por el Senado de la República en septiembre de 1990, que le da estatus de ley sólo por debajo de la Constitución; en el artículo 19 de esta Convención se establece la obligación de los Estados para proteger al niño y a la niña de toda forma de abuso, descuido o abandono (UNICEF, 2011).

En México, la UNICEF trabaja para contribuir al pleno cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, visibilizando las desigualdades que les afectan, apoyando la generación de datos actualizados, articulando esfuerzos del gobierno, la sociedad civil y el sector privado y promoviendo el diseño y la implementación de políticas y presupuestos adecuados para la infancia (UNICEF, 2011).

A continuación se abordarán, algunos artículos que se establecen en la Convención sobre los Derechos del Niño, haciendo más énfasis en los artículos

que abordan el maltrato infantil y la manera en que se le debe dar atención a los menores.

Artículo 1. Se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que se le aplique, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 16. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataque ilegales a su honra y a su reputación.

Artículo 18. Se pondrá el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres, o en su caso, a los representantes legales, la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

Artículo 19. Los Estados adoptarán las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Artículo 20. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado. Los Estados garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales otros tipos de cuidados para esos niños. Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, la kafala del derecho islámico, la adopción o, de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al

considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

Artículo 24. Los Estados reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Artículo 26. Los Estados reconocerán a todos los niños el derecho de beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional. Las prestaciones deberán concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables de su mantenimiento, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

Artículo 27. Los Estados reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. Los Estados, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda. Los Estados tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga

la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

Es importante reconocer que el trabajo para hacer valer los derechos de los niños es tarea de todos, y no solo recae el peso en un solo organismo. A partir del 2008, UNICEF México ajustó su ciclo de programa al ciclo de las otras agencias de las Naciones Unidas, para tener una mayor coordinación como Sistema de las Naciones Unidas. El objetivo central del programa de Cooperación 2008-2012, elaborado con la participación de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil es: apoyar los esfuerzos nacionales para asegurar que todos los niños y niñas de México puedan disfrutar de un mayor nivel de respeto, cumplimiento y protección de sus derechos (UNICEF, 2011).

Como se pudo observar a lo largo del capítulo, el maltrato infantil es una problemática social que ha estado presente a lo largo de la historia de la civilización, las causas para que se dé el maltrato son variadas, sin embargo los menores, siempre serán los principales afectados. Autores como Corsi, Osorio y Nieto, Ochotorena y Arruabarrena, hablan de las causas que provocan el maltrato y de los diferentes tipos de maltratos que se presentan. Gaxiola y Frías, (2005), consideran el maltrato infantil un problema de salud mundial, debido a que se encuentra presente en todos los países, así como por las repercusiones que provoca en la integridad física y psicológica de millones de niños. Sin embargo existen instituciones que se han propuesto iniciativas a favor de la protección de los niños frente al maltrato causado por los adultos. En México, la UNICEF trabaja para contribuir al pleno cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

CAPÍTULO 2

ANSIEDAD

2.1 Definición de ansiedad

El ser humano, siendo un ser vivo se desenvuelve en constante interacción con su medio, ya que este es la fuente de oportunidades para la satisfacción de sus necesidades e intereses pero a su vez también puede convertirse en una fuente de riesgos y amenazas. Con la evolución, el hombre se ha ido dotando de complejos mecanismos destinados a preservarse y optimizar la adaptación a diferentes entornos y circunstancias (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008).

Se considera que la ansiedad es una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, pudiendo o no, existir una amenaza real. Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de todas las personas y el organismo las utiliza como mecanismo de vigilancia (Echeburúa, 1998).

Para Baeza et al. (2008), la ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, son situaciones que afectan al ser humano y en las que se tienen algo que ganar o que perder. El concepto de ansiedad está estrechamente ligado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. La función de la ansiedad es de advertir y activar al organismo, movilizarlo frente a situaciones de riesgo cierto o probable, de forma que pueda salir airoso de ellas.

Dependiendo de la naturaleza de las amenazas, la ansiedad prepara a los humanos para:

- ☞ Luchar, enfrentar o atacar el posible peligro o problemas.
- ☞ Huir del posible peligro o amenaza.

- ☞ Evitar las situaciones aversivas o temidas.
- ☞ Buscar apoyo, elementos de seguridad y protección.
- ☞ Dotar de las herramientas o conocimientos que permitan sortear los riesgos y/o acceder a los objetivos.

A su vez cuenta con tres tipos de componentes (Baeza et al., 2008):

- ☞ **Cognitivos o de pensamiento:** anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes inoportunas, etc.
- ☞ **Fisiológicos:** activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso central autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios.
- ☞ **Motores y de conducta:** inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo.

Cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia. La ansiedad puede ser desencadenada por situaciones o circunstancias externas así como por estímulos internos de cada persona. Gándara (1999) presenta dos tipos de ansiedad (Figura 3):

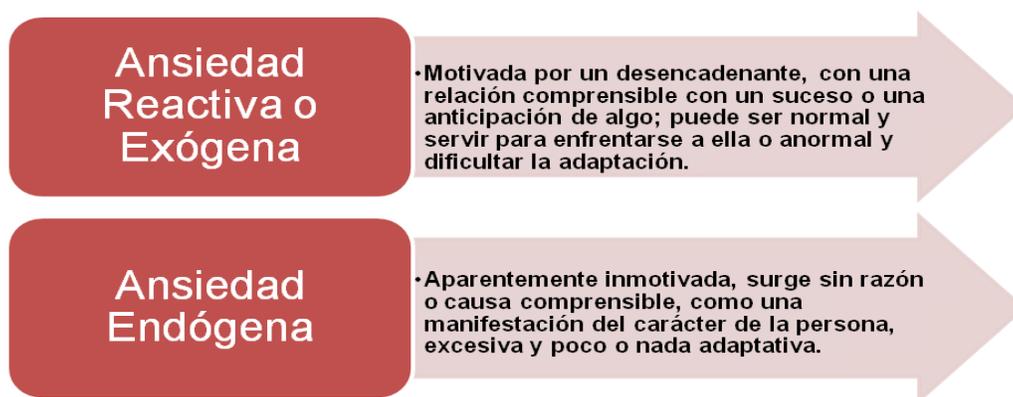


Figura. 3. Gándara (1999).

También hace diferencia entre ansiedad normal y ansiedad anormal:

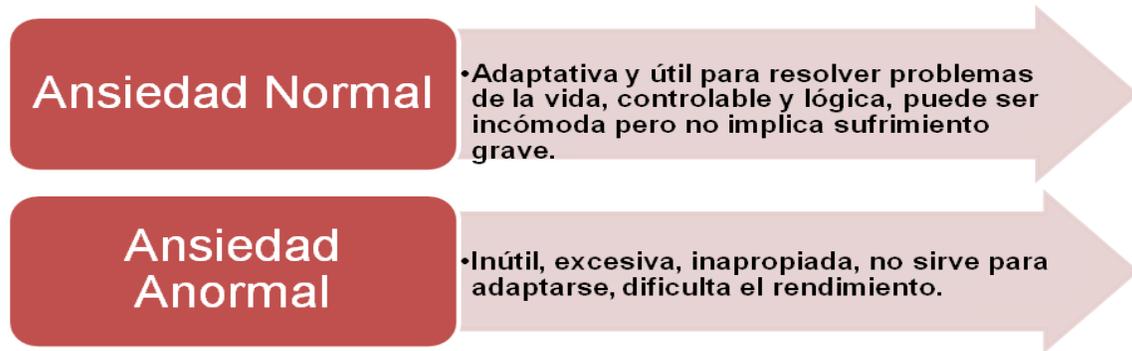


Figura 4. Gándara (1999)

Cuando la ansiedad es proporcionada y se manifiesta dentro de unos límites, no se aprecian manifestaciones sintomatológicas, o bien son menores, salvo en algún momento puntual y limitado que pueden llegar a ser altos y existen cambios en los procesos fisiológicos que son normales y que preparan al organismo para emitir las acciones pertinentes respecto de la realidad a la que se enfrenta o pudiera enfrentarse. Por otro lado, cuando la ansiedad sobrepasa determinados límites se convierte en un problema de salud, impide el bienestar e interfiere en las actividades sociales, laborales o intelectuales de la persona, a su vez, puede limitar su libertad de movimientos (Baeza et al., 2008).

2.2 Enfoques teóricos explicativos de la ansiedad

En el estudio de la ansiedad, se considera que la enfermedad es el producto de la interrelación entre factores de diversa índole. Siguiendo el llamado modelo biopsicosocial, en los problemas de ansiedad están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales (Baeza et al., 2008).

Desde Aristóteles hasta Darwin, las emociones fueron consideradas como un derivado biológico ya que se partía de la base dualista “mente y cuerpo”, pensándose que el ser humano funcionaba en forma separada. Posteriormente se reconoció que las emociones surgían a partir de eventos y de percepciones, fue

hasta finales del siglo XIX y mediados del XX, que se debatió y se discutió sobre el origen y causas de la ansiedad (Solloa, 2006).

Teorías Biológicas. Una de estas teorías supone que hay una base biológica del miedo y la ansiedad que no es dependiente de las experiencias del miedo. Este enfoque explica que la tendencia a reaccionar con temor ante la presencia de extraños, ante ruidos fuertes, ante ciertos animales, ante objetos que se acercan con rapidez, ante la oscuridad y ante la soledad son tendencias genéticamente determinadas con las que el hombre está equipado para enfrentar peligros reales y por ello tienen un valor para la supervivencia (Solloa, 2006).

Las teorías biológicas enfatizan que la ansiedad es provocada por 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 real o imaginaria; enfatizando que una reacción de ansiedad no estará determinada o se desencadenará por un factor estresante, refiriendo por ello la probabilidad de un “sustrato biológico específico”, que logra que el organismo active los mecanismos neuroquímicos y que se efectúe la conducta ansiosa (Hollander & Simeon, 2004).

Los neurotransmisores son las sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra. Las neuronas son las células del sistema nervioso, sobre cuya actividad química y eléctrica se soportan las acciones, las sensaciones y pensamientos. Los estudios realizados, consideran que en los trastornos de ansiedad podrían verse implicados algunos neurotransmisores. Los sistemas que regulan tres de estos neurotransmisores son: el sistema noradrenérgico (el neurotransmisor es la noradrenalina), el sistema serotoninérgico (el neurotransmisor es la serotonina) y el sistema gabaérgico (GABA) (Baeza et al., 2008).

Teorías psicológicas. Dentro de las teorías psicológicas se encuentran las perspectivas psicodinámicas, conductuales y cognitivas, las cuales se consideran fundamentales al momento de trabajar con los personas con trastornos de ansiedad. Dichas perspectivas, ayudan a pensar en la presentación única de cada

individuo, incluyendo sus conflictos, sesgos cognitivos, refuerzos conductuales, adversidades pasadas y factores estresantes actuales que pueden contribuir a la aparición o exacerbación de los síntomas (Hollander & Simeon, 2004).

Teoría Psicodinámica. Freud (1895-1962) planteó que la ansiedad surge a partir de la transformación fisiológica directa de la energía libidinosa en síntomas somáticos, sin la mediación de mecanismos psíquicos. Freud nombró a este tipo de ansiedad *neurosis real* en contraposición a la psiconeurosis, dada la ausencia de un proceso psíquico. Al pasar de los años, Freud fue modificando su teoría por lo que en 1962 Freud postuló la teoría estructural de la mente, en donde la ansiedad se había convertido en un afecto del yo y 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 superyo y las exigencias de la realidad externa (Hollander & Simeon, 2004).

Para las teorías psicoanalíticas actuales, la ansiedad es una señal para el Yo de un impulso inaceptable que está intentando adquirir representación consciente y liberarse y, como señal, provoca en el Yo la adopción de medidas defensivas contra las presiones que proceden del ello. Si estas defensas tienen éxito, la ansiedad desaparece, pero si la represión no es completamente efectiva, el individuo puede presentar una variedad de síntomas psiconeuróticos (Cía, 2007).

Según Cía (2007), las teorías psicoanalíticas diferencian cuatro modalidades o categorías de ansiedad:

1. **Ansiedad del Superyo**, la cual comprende los sentimientos de culpa que proceden de una acción que se considera equivocada y la ansiedad acompañante atribuible al temor a ser descubierto.
2. **Ansiedad de Castración**, se refiere genéricamente a la ansiedad que tiene en común el miedo a las lesiones corporales o a la disminución de la capacidad personal. Originariamente se refería específicamente al temor a la mutilación sexual, en base a los postulados freudianos.

3. **Ansiedad de Separación**, que comprende la anticipación temerosa a la pérdida de algún vínculo significativo.
4. **Ansiedad Impulsiva o del Ello**, se manifiesta sobre todo en individuos con tendencia a la agresión, que temen perder el control de sus impulsos y que van a actuar de una forma irracional.

Teoría Conductual. Las teorías conductistas mantienen que la ansiedad viene condicionada por el temor frente a determinados estímulos ambientales (Hollander & Simeon, 2004).

Según Solloa (2006), la teoría conductual ha explicado la ansiedad en los niños desde el punto de vista del condicionamiento clásico y operante. El conductismo propone que la ansiedad es mantenida por reforzamiento, ya que cuando algo es angustiante existe una recompensa automática al evitarlo (alivio); de esta manera, la evitación se convierte en una respuesta aprendida que tiende a repetirse. Con el surgimiento del modelo de aprendizaje social del grupo de Bandura, se añadió a esta perspectiva que los miedos y las respuestas de ansiedad se pueden adquirir al observar a un modelo que es expuesto a un acontecimiento traumático.

Así pues, la ansiedad como el fruto del condicionamiento clásico y operante, 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 cardiacas, pulso acelerado, huego en la boca del estomago, sudoración, temblor, sobresalto y resequedad en la boca (Mussen & Janeway, 1975).

Teoría Cognitiva. Siguiendo a Hollander & Simeon (2004), existen pruebas acerca de la especificidad del contenido cognitivo en los distintos trastornos de ansiedad. Al parecer, determinados sesgos en el procesamiento de la información facilitan los pensamientos característicos del trastorno de angustia. Las distorsiones cognitivas características del trastorno de angustia tienen dos

componentes principales. Uno de ellos es la interpretación de las sensaciones físicas de incomodidad asociadas a la crisis de angustia como peligrosas o catastróficas y, el segundo componente, son los pensamientos irracionales de catástrofe ante las consecuencias de cara a la situación de experimentar una crisis de angustia.

Para Solloa (2006), la ansiedad, dentro de la teoría cognitiva, se visualiza como un constructo multidimensional con manifestaciones en el nivel conductual, cognitivo y fisiológico.

2.3 Ansiedad infantil

Como se ha mencionado, la ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Si esta ansiedad remite a estímulos específicos, se está hablando de miedo (Echeburúa, 1998).

Los conceptos de ansiedad y miedo han estado muy ligados, ya que ambos son afectos displacenteros que indican un peligro inminente y una actitud de expectación, sin embargo la diferencia entre estos conceptos es, que en la ansiedad no siempre existe un elemento real que provoque la reacción, mientras que el miedo reclama siempre la presencia de algo real que lo desencadene (Solloa, 2006).

Una frase que es utilizada dentro del campo de la psicología, es la de los miedos infantiles, la cual señala que todos los niños tienen miedo y que esto no supone ninguna patología. El miedo es considerado como un fenómeno psicológico normal para el ser humano y especialmente en los niños, es una reacción emocional adaptativa ante estímulos o situaciones que entrañan un peligro real o imaginario (Jiménez, 1997).

La mayoría de los niños experimentan muchos miedos leves, transitorios y asociados a una determinada edad que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo (Echeburúa, 1998).

Conforme el niño va creciendo, se va desarrollando 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 conciernen inmediatamente pero que le pueden afectar en el futuro. La ansiedad se presenta en el niño, cuando experimenta sensaciones desagradables y se encuentra en una situación en la que “anticipa” que algo doloroso o molesto puede ocurrir, o bien cuando no está seguro de los acontecimientos que acontecerán (Echeburúa, 1998). A continuación se presenta una tabla, en donde se muestran los miedos normales que presentan los niños, de acuerdo a la edad en la que se encuentren (Tabla 5).

Tabla 5. Miedos normales durante la niñez

Edad	Miedos normales durante la niñez
0-6 meses	Perder apoyo, ruidos fuertes.
7-12 meses	Miedo a los extraños, miedo a estímulos repentinos, inesperados y a los objetos amenazantes.
1 año	Separación de los padres, al baño, a las heridas y los extraños.
2 años	Una multitud de miedos incluyendo los ruidos fuertes (alarmas de sirenas, camiones y rayos), animales, cuartos oscuros, separación de los padres, maquinas u objetos grandes y a cambiar de ambiente.
3 años	Mascaras, oscuridad, animales y separación de los padres.
4 años	Separación de los padres, animales, oscuridad, ruidos (en el día y en la noche).
5 años	Animales, “gente mala”, oscuridad, separación de los padres y al daño corporal.
6 años	Hechos sobrenaturales (fantasmas, brujas, demonios), heridas corporales, rayos, oscuridad, dormir o estar solos y la separación de los padres.

7-8 años	Hechos sobrenaturales, oscuridad, miedos basados en los eventos del medio (robo, asaltos), estar solos y las heridas corporales.
9-12 años	Exámenes y pruebas en la escuela, la ejecución académica, la apariencia física, rayos, la muerte y a la oscuridad.

Fuente: Solloa, (2006).

Friedberg & Mc Clure (2005), consideran que existen 5 esferas de funcionamiento que cambian en los niños cuando se encuentran ansiosos, y estas son: existen cambios fisiológicos, emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales. Parecen tener quejas somáticas, síntomas conductuales, principalmente la evitación y cognitivos en la forma en que procesan información.

Algunos niños manifiestan una ausencia total de temor, de aprensión y de anticipación ansiosa, en contraste con un comportamiento que refleja mecanismos incesantes de evitación y de huida. Por otro parte, hay otros que expresan una intensa angustia, un malestar evidente, no pueden dar ninguna explicación a su trastorno emocional. Y finalmente otros que expresan un conjunto de preocupaciones y de temores que experimentan en su vida cotidiana o liberan en su mundo imaginario en el que predominan fantasmas inquietantes y espantosos (Solloa, 2006).

2.4 Trastornos de ansiedad en la infancia

Dado que muchos de los trastornos de ansiedad en la vida adulta tienen sus raíces en la infancia, se ha puesto especial interés en delimitar los trastornos de ansiedad en la infancia.

Haciendo un recorrido por la historia de las diferentes clasificaciones, se encuentra que de acuerdo con el DSM-III-R (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión 3, Revisada) existen tres trastornos característicos de la infancia y de la adolescencia: *la ansiedad de separación, el trastorno de*

evitación y la ansiedad excesiva. Sin embargo, en la versión del DSM-IV, solo señala a la ansiedad por separación como característica de la infancia e incluye el trastorno de evitación dentro de la fobia social y la ansiedad excesiva dentro de la ansiedad generalizada (Jiménez, 1997).

Por su parte, el CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión) incluye tres trastornos de ansiedad en la infancia como son: trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad fóbica y trastorno de hipersensibilidad social que a su vez incluye el trastorno de evitación (Solloa, 2006).

En el DSM-IV, los trastornos de ansiedad, salvo el trastorno de ansiedad de separación, se encuentran agrupados en una sola categoría denominada Trastornos de Ansiedad, que incluyen: el trastorno de pánico con y sin agorafobia, agorafobia, sin historia de trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo – compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada (Jiménez, 1997).

Bragado (1994) (citado en Jiménez, 1997), considera pertinente incluir también los terrores nocturnos, que se encuentran dentro de los trastornos del sueño, pero que se caracterizan porque el niño se despierta durante la noche con signos de una intensa ansiedad, por lo que habría que considerarlos como un trastorno de ansiedad típico de la infancia.

Por su parte Echeburúa presenta la siguiente clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia:

➤ **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 esta propuesta, se excluyen los trastornos de ansiedad adultos porque, aunque estos tienen antecedentes en la infancia, la continuidad no está siempre clara además de que no es la población objetivo de investigación. Adicionalmente, se incluye un apartado de trastornos fóbicos por la significación que éstos tienen en la clínica infantil. Asimismo, el trastorno de evitación porque lo que en él denomina la evitación fóbica a personas desconocidas (Echeburúa, 1998).

Los trastornos de ansiedad de separación y la fobia escolar se consideran dos problemas clínicos distintos, también, Echeburúa (1998), apuntan un trastorno mixto de ansiedad y depresión, aun no muy bien precisado psicopatológicamente, pero que trata de recoger la frecuente asociación entre estos dos problemas clínicos de la infancia.

Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones. Los síntomas más comunes en la esfera cognitiva son los pensamientos persistentes que se imponen y las sensaciones de fallar o de vergüenza. Los cambios fisiológicos incluyen palpitaciones, sudoración, contracturas musculares, náuseas y diarrea. Los cambios comportamentales incluyen comerse las uñas, morderse los labios, hacer zonas los nudillos, presentar inquietud motora, y los emocionales pueden incluir; angustia, miedos, aprensión e irritabilidad (Cía, 2007).

De acuerdo con Cía (2007), existen factores psicosociales que incrementan el riesgo de un trastorno de ansiedad infantil, como lo son: un entorno familiar conflictivo, poco cohesionado, disfuncional o con expresividad emocional elevada, la exposición a psicopatología parental, padecer eventos estresantes traumáticos o permanecer en un contexto social desfavorable, la exposición a una madre con trastorno de ansiedad generalizada predice de modo significativo trastorno de ansiedad múltiples en sus hijos y la hiper-crítica materna también fue asociada a

trastorno de ansiedad múltiples en sus hijos. Factores que comúnmente se asocian al maltrato infantil.

De manera general, la ansiedad es considerada una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro. Según Echeburúa (1998), las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de todas las personas y el organismo las utiliza como mecanismo de vigilancia. Existen diferentes enfoques teóricos que abordan el tema de la ansiedad, estando entre las más representativas las teorías biológicas, psicológicas, psicodinámicas, conductual y cognitiva.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Justificación y planteamiento del problema

El maltrato infantil, es un fenómeno que ha existido desde siempre, está presente en todos los países y afecta a todas las clases sociales. Es considerado un problema social y de salud, en donde los principales perjudicados son los menores quienes quedan marcados por el trauma emocional que perdura más allá de los daños físicos ocasionados, cuando han sido víctimas de dicho fenómeno. Este tema ha ido cobrando una mayor importancia a través del tiempo debido a las implicaciones que tiene y al impacto que provoca en la sociedad, ya que en la mayoría de las ocasiones, las personas de quienes reciben maltrato son los propios padres de los niños.

Es importante reconocer que los niños que han sido maltratados pueden exhibir una pobre auto-imagen, incapacidad para depender de, confiar en, amar a otros, conducta agresiva, problemas de disciplina, coraje, rabia, comportamiento auto-destructivo o autoabusivo, pasividad y comportamiento retraído, miedo de establecer relaciones o comenzar actividades nuevas, ansiedad y miedos (Ampudia, 2006).

Asimismo el daño emocional que se causa a los menores se observa con frecuencia tanto a corto como a largo plazo. Están expuestos a un riesgo mayor de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, enfermedades médicas y problemas en la escuela o el trabajo; cuando estos niños maltratados se convierten en padres abusivos que maltratan a sus hijos. Un adulto que fue abusado cuando era niño, probablemente presente dificultades para establecer relaciones personales íntimas. Las víctimas de maltrato, ya sean hombres o mujeres, pueden tener problemas para establecer relaciones cercanas, para establecer intimidad y confiar en otros al llegar a ser adultos. Adicionalmente sin un tratamiento adecuado, el daño puede perdurar de por vida (Ampudia, 2006).

Por otro lado, el estudio de la ansiedad en el ser humano, es una conducta que ha sido abordada y estudiada desde diversos enfoques y diferentes perspectivas, que van desde contextos sociales hasta posiciones biológicas. Todas estas en general buscan, por un lado, explicar el motivo que genera que un niño tenga un comportamiento ansioso, como consecuencia de los procesos normales del desarrollo y por otro busca la traducción de una evolución de carácter patológico.

En el caso específico de estudios que evalúen la ansiedad (ya sea patológica o no) que se genera en los niños a partir de un suceso de maltrato; las investigaciones al respecto son escasas en particular en México, es por eso que la importancia de este trabajo de investigación radica en la necesidad de identificar los niveles de ansiedad que tienen los niños con y sin maltrato y así poder diferenciar cuando estamos frente a casos de ansiedad normales que son experimentados por todos los menores durante su desarrollo o cuando la ansiedad la respuesta de ansiedad ya es producto de consecuencias que aparecen asociadas con algún tipo de maltrato.

En relación con lo anterior, el objetivo principal de la presente investigación, se centra en identificar y comparar los niveles de ansiedad total y ansiedad fisiológica, inquietud, hipersensibilidad, preocupación social, concentración y mentira en niños que han sido víctimas de maltrato que se encuentran institucionalizados y niños que no presentan antecedentes de maltrato y que no han sido institucionalizados. Por lo que para dicho estudio, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existen diferencias en la respuesta de ansiedad total, ansiedad fisiológica, inquietud, hipersensibilidad, preocupación social, concentración y mentira entre un grupo de niños maltratados institucionalizados y un grupo de niños no maltratados no institucionalizados, evaluados mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R)?

3.2 Objetivo general

Identificar si las respuestas de ansiedad fisiológica, inquietud, hipersensibilidad, preocupación social, concentración, mentira y ansiedad total, son diferentes en un grupo de niños maltratados institucionalizados y un grupo de niños escolarizados no institucionalizados, evaluados mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R).

3.3 Objetivos específicos

1. Identificar si las respuesta de ansiedad fisiológica, inquietud/ hipersensibilidad, preocupación social/concentración, mentira y ansiedad total, son diferentes en un grupo de niños maltratados institucionalizados y un grupo de niños escolarizados no institucionalizados mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).
2. Analizar las subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud/ hipersensibilidad, preocupación social/concentración, mentira y ansiedad total de un grupo de niños maltratados institucionalizados y un grupo de niños escolarizados no institucionalizados mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).
3. Identificar el comportamiento de respuesta de la subescala Ansiedad Fisiológica en niños con maltrato institucionalizados en comparación con los niños escolarizados no institucionalizados, mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).
4. Identificar el comportamiento de respuesta de la subescala de Inquietud / Hipersensibilidad en niños con maltrato institucionalizados en comparación con niños escolarizados no institucionalizados, mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).

5. Identificar el comportamiento de respuesta de la subescala de Preocupaciones sociales / concentración en niños con maltrato institucionalizados en comparación con niños escolarizados no institucionalizados, mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).
6. Identificar el comportamiento de respuesta de la subescala de Mentiras en niños con maltrato institucionalizados en comparación con niños escolarizados no institucionalizados, mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).
7. Identificar el comportamiento de respuesta de la ansiedad total en niños con maltrato institucionalizados en comparación con niños escolarizados no institucionalizados, mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).

3.4 Hipótesis

- H₁** Existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de ansiedad fisiológica, entre un grupo de niños maltratados institucionalizados en comparación con un grupo de niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).
- H₂** Existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Inquietud/hipersensibilidad, entre un grupo de niños maltratados institucionalizados en comparación con un grupo de niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).
- H₃** Existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de preocupaciones sociales/concentración, entre un grupo de niños maltratados institucionalizados en comparación con un grupo de niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de

Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).

- H₄** Existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de mentira entre niños maltratados institucionalizados en comparación con niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).
- H₅** Existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de ansiedad total entre niños maltratados institucionalizados en comparación con niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).

3.5 Variables

- Ansiedad
 - ✓ Ansiedad Fisiológica
 - ✓ Inquietud / Hipersensibilidad
 - ✓ Preocupaciones Sociales / Concentración
 - ✓ Mentira
- Maltrato infantil

3.6 Definición de variables

- **Ansiedad.** Emoción que surge, cuando la persona se siente en peligro, pudiendo o no existir una amenaza real. La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes (Echeburúa, 1998; Baeza y cols. 2008).
- **Ansiedad Fisiológica:** Es un índice de la expresión del niño hacia las manifestaciones físicas de la ansiedad, como reacciones somáticas y

respuestas fisiológicas, así como enfermedades que puede no tener un origen orgánico.

- **Inquietud / Hipersensibilidad:** se refiere a las conductas asociadas con una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).
- **Preocupaciones sociales / concentración:** Se refiere a pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a las dificultades con la concentración y la atención (Ampudia, et al. 2009).
- **Mentira:** se refiere a las respuestas que detectan conformidad, conveniencia social, o falsificación deliberada de respuestas (Ampudia et al. 2009).
- **Maltrato infantil:** Toda agresión u omisión física, sexual psicológica o negligencia intencional contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar; por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica (INP, 2011).

3.7 Tipo de estudio

El presente estudio es no experimental, descriptivo, de campo, comparativo. Es no experimental debido a que no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas en la investigación por quien la realiza (Hernández, Fernández, Baptista, 2010).

Se habla de un estudio descriptivo, ya que busca especificar y describir las propiedades y características del fenómeno que se someta al análisis (Hernández, et al. 2010).

A su vez es un estudio de campo, es decir una investigación científica y no experimental, que está dirigida a descubrir relaciones e interacciones entre las variables psicológicas, sociológicas y educativas en estructuras sociales reales y no artificiales (Hernández, et al. 2010).

Por último, es comparativo porque de acuerdo a las cuestiones que fueron medidas independientemente en cada muestra, se comparan los resultados obtenidos en cada una de estas (Kerlinger, 1998).

3.8 Diseño de investigación

Investigación de diseño Transversal, con dos muestras independientes con una sola aplicación, donde se recolectan 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 institucionalizados y niños escolarizados no institucionalizados) el nivel de ansiedad que presentan ambos grupos (Kerlinger, 1988).

3.9 Sujetos

Para la presente investigación se consideró la participación de 122 menores, integrados en dos grupos (60 niños víctimas de maltrato seleccionados del Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PGJDF y 62 niños de una escuela primaria, no institucionalizados) con edades entre 6 y 12 años. Para el grupo de niños víctimas de maltrato, la característica principal fue que se encontraran institucionalizados en el Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PGJDF y que su edad estuviera dentro del rango de 6 a 12 años. Para formar el segundo grupo de niños, la principal característica fue que los menores no

indicaran antecedentes de maltrato, no se encontraran institucionalizados y que pertenecieran a una escuela de nivel primaria, también que sus rangos de edad estuvieran entre los 6 y los 12 años.

3.10 Muestra

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

3.11 Instrumento

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997), se trata de una adaptación de la Escala de Ansiedad de Taylor para niños y adolescentes. Esta escala permite detectar la tendencia a experimentar ansiedad, siendo así una medida de ansiedad – rasgo (Echeburúa, 1998).

Se aplica de manera individual o colectiva 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. Consta de 37 reactivos, que se contestan en una hoja con opción de respuesta dicotómica (si/no). La Escala 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 (Echeburúa, 1998).

Asimismo, está compuesto por cuatro áreas o subescalas que permiten un análisis más específico sobre el nivel de ansiedad que experimentan los niños que son evaluados:

a) La primera subescala, “ansiedad fisiológica” permite identificar si el niño experimenta ansiedad y si ésta la manifiesta físicamente (sudoración de manos, palpitaciones, etc.); esta subescala cuenta con 10 reactivos.

b) 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”.

c) 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”.

d) 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 & Richmond, 1997).

3.12 Procedimiento

▶Se acudió al Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PGJDF para solicitar la autorización y así poder acceder a la muestra poblacional.

▶Se seleccionó la muestra de acuerdo con la edad requerida, de 6 a 12 años.

▶Se procedió a 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.

▶Posteriormente se acudió a la escuela primaria en donde se seleccionaron los niños, logrando obtener dos muestras.

▶Una vez evaluadas las muestras, se capturaron los registros obtenidos de ambos grupos en el Paquete Estadístico SPSS.

▶Posteriormente, se realizó el análisis estadístico descriptivo de los datos sociodemográficos de cada grupo participante y los datos obtenidos del

instrumento de medición y la estadística inferencial para encontrar diferencia de grupos.

► Finalmente, se interpretaran los resultados obtenidos en dicha investigación, con la finalidad de la comprensión de las variables involucradas.

3.13 Análisis de datos

Los resultados obtenidos se analizaron mediante estadística descriptiva, así se logró la distribución de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas (edad, sexo, número de hermanos, lugar entre estos, escolaridad y la o las personas con las que vive).

Se obtuvieron las medidas de tendencia central de las puntuaciones por subescala y ansiedad total.

Se obtuvo la distribución de frecuencias y porcentajes de cada uno de las subescalas de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997).

Finalmente se utilizó la estadística inferencial no paramétrica, mediante la prueba Chi cuadrada, con el propósito de obtener diferencias en la respuesta de ansiedad total y las subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud/ hipersensibilidad, preocupación social/concentración y mentira entre ambos grupos.

CAPITULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir del objetivo planteado para esta investigación que fue identificar y comparar la respuesta 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 maltratados institucionalizados y un grupo de niños no maltratados escolarizados no institucionalizados, se llevó a cabo el análisis de datos, mediante diversas pruebas estadísticas, con el fin de responder a las hipótesis planteadas para dicho estudio.

4.1 Estadística descriptiva de las variables sociodemográficas

Mediante la estadística descriptiva se obtuvo la distribución de frecuencias y los 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: edad, sexo, escolaridad, número de hermanos, lugar que ocupa entre sus hermanos y con quien vivió los últimos seis meses. Los datos obtenidos se presentan a continuación:

Tabla 6. *Frecuencia y porcentaje de la variable Sexo*

SEXO	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	F	%	F	%
Masculino	30	50	30	48.4
Femenino	30	50	32	51.6
Total	60	100	62	100

La tabla 6 corresponde a la variable sexo, en dicha tabla se muestra al grupo de niños maltratados institucionalizados donde el 50% de los niños corresponde al sexo masculino y el otro 50% al sexo femenino, lo que hace un total de 30 niños y 30 niñas. Mientras que el grupo de niños no institucionalizados está compuesto por 62 participantes, en donde el 48.4% corresponde al sexo masculino y el 51.6% al sexo femenino.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de la variable Edad

EDAD	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	F	%	F	%
6 años	11	18.3	10	16.1
7 años	11	18.3	10	16.1
8 años	12	20.2	10	16.1
9 años	8	13.3	9	14.5
10 años	8	13.3	9	14.5
11 años	8	13.3	8	13
12 años	2	3.3	6	9.7
Total	60	100	62	100

En la variable edad (tabla 7), se observa que dentro del grupo de niños maltratados institucionalizados, el 20.2% de los niños cuenta con 8 años de edad, el 18.3% corresponde a niños con 7 años y 6 años respectivamente, el 13.3% corresponde a menores de 9, 10 y 11 años, mientras que un 3.3% tiene 12 años. En relación al grupo de niños no institucionalizados, el 16.1% es para los niño con 8 años, 7 años, así como los de 6 años, el 14.5% corresponde a menores de 9 y 10 años, un 13% tiene 11 años y el 9.7% cuenta con 12 años de edad.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de la variable Escolaridad

ESCOLARIDAD	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	F	%	F	%
Primero	30	49.9	21	33.8
Segundo	7	11.7	10	16.1
Tercero	7	11.7	5	8.1
Cuarto	9	15	13	21

Quinto	1	1.7	8	12.9
Sexto	4	6.7	5	8.1
No va la escuela	2	3.3	-	-
Total	60	100	62	100

Dentro de la variable Escolaridad (tabla 8), se observa que dentro del grupo de niños maltratados institucionalizados, el 49.9% cursa el primer año de primaria, el 15% cursa cuarto año de primaria, el 11.7% corresponde a menores que cursan tanto el segundo año, como tercer año de primaria, un 6.7% cursa sexto año, el 1.7% cursa quinto año y el 3.3% no va a la escuela. En el grupo de niños no institucionalizados, el 33.8% se encuentra en primer año, un 21% cursa cuarto año, un 16.1% en segundo año, el 12.9% cursa quinto de primaria, finalmente el 8.1% cursa tercero y sexto de primaria.

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de la variable Número de hermanos

No. De Hermanos	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	F	%	F	%
0	7	11.7	11	17.7
1	14	23.3	27	43.6
2	14	23.3	17	27.4
3	10	16.6	5	8.1
4	8	13.3	2	3.2
5	4	6.7	-	-
6	1	1.7	-	-
9	1	1.7	-	-
10	1	1.7	-	-
Total	60	100	62	100

En lo que corresponde a la variable número de hermanos, dentro del grupo de niños maltratados institucionalizados, se encuentra que el 23.3% cuenta con un hermano y otro 23.3% tienen dos hermanos, un 16.6% tiene tres hermanos, y el 13.3% cuenta con cuatro hermanos, el 11.7% son hijos únicos, el 6.7% tiene cinco hermanos, un 1.7% tiene seis hermanos. El 1.7% corresponde a menores que tienen seis, nueve y diez hermanos respectivamente. Dentro del grupo de niños no institucionalizados un 43.6% tiene un hermano, el 27.4% cuenta con dos

hermanos, un 8.1% tiene 3 hermanos y finalmente el 3.2% cuenta con cuatro hermanos.

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de la variable Lugar que ocupa entre sus hermanos.

Lugar que ocupa	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	F	%	F	%
Primero	24	39.9	16	25.8
Segundo	16	26.7	24	38.8
Tercero	10	16.7	8	12.9
Cuarto	1	1.7	2	3.2
Quinto	2	3.3	1	1.6
Hijo único	7	11.7	11	17.7
Total	60	100	62	100

Respecto a la variable lugar que ocupa entre sus hermanos, dentro del grupo de niños maltratados institucionalizados, el 39.9% ocupa el primer lugar entre sus hermanos, el 26% ocupa el segundo lugar, un 16.7% ocupa el tercer lugar entre sus hermanos, el 11.7% son hijos únicos, un 3.3% ocupa el quinto lugar y el 1.7% ocupa el cuarto lugar entre sus hermanos. Para el grupo de niños no institucionalizados, el 38.8% ocupa el segundo lugar, el 25.8% ocupa el primer lugar entre sus hermanos, el 17.7% son hijos únicos, un 12.9% ocupa el tercer lugar entre sus hermanos, el 3.2% ocupa el cuarto lugar y finalmente un 1.6% ocupa el quinto lugar entre sus hermanos.

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de la variable Con quien vivió los últimos seis meses.

Vivió con	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	F	%	F	%
Vive solo con mamá	20	33.3	5	8.1
Vive solo con papá	4	6.7	1	1.6
Vive con ambos	21	35	56	90.3
Tíos	8	13.3		
Otros	3	5		
Mamá con familiares maternos	2	3.3		
Mamá y padrastro	1	1.7		

Media hermana	1	1.7		
Total	60	100	62	100

Finalmente, para la variable con quien vivió los últimos seis meses, antes de ingresar al Centro de Estancia Transitoria para niños y niñas de la PGJDF se encontró que para los niños maltratados institucionalizados, el 35% vivió con ambos padres, el 33.3% vivió solo con mamá, un 13.3% vivió con sus tíos, el 6.7% vivió solo con papá, un 5% vivió con otras personas, ya sean familiares, vecinos u otras personas que no fueran los padres de los menores, el 3.3% vivió con mamá y sus familiares maternos, un 1.7% vivió con su mamá y su padrastro y el restante 1.7% vivió con una media hermana. Para el grupo de niños no institucionalizados, el 90.3% viven con ambos padres, el 8.1% vive solo con mamá y un 1.6% vive solo con papá.

4.2 Estadística descriptiva de la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada (CMAS – R)

El segundo análisis se llevó a cabo mediante estadística descriptiva, se obtuvieron frecuencias y porcentajes de respuesta para 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) de Reynolds y Richmond (1997) en un grupo de niños maltratados institucionalizados y un grupo de niños no maltratados escolarizados no institucionalizados. A continuación se presentan los datos obtenidos:

Tabla 12. Frecuencias y porcentajes de la subescala 1. Ansiedad Fisiológica

Reactivos	Niños maltratados institucionalizados				Niños no institucionalizados			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	29	48.3	30	50	39	62.92	21	33.9
5. Muchas veces siento que	20	33.3	40	66.7	19	30.6	43	69.4

me falta el aire								
9. Me enojo con mucha facilidad	28	46.7	32	53.3	17	27.4	45	72.6
13. En la noches, me cuesta trabajo quedarme dormido (a)	40	66.7	20	33.3	24	38.7	38	61.3
17. Muchas veces siento asco o nauseas	28	46.7	32	53.3	29	46.8	33	53.2
19. Me sudan las manos	40	66.7	20	33.3	33	53.2	29	46.8
21. Me canso mucho	31	51.7	29	48.3	28	45.2	33	53.2
25. Tengo pesadillas	37	61.7	23	38.3	31	50	31	50
29. Algunas veces me despierto asustado (a)	38	63.3	22	36.7	31	50	31	50
33. Me muevo mucho en mi asiento	35	58.3	25	41.7	18	29	43	69.4

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

En la tabla 12, que corresponde a la subescala de Ansiedad Fisiológica, se observa que los valores de frecuencia contestados con respuestas positivas (“sí”), dentro del grupo de niños maltratados institucionalizados, varían entre 66.7% y 33.3%. Encontrándose entre los reactivos más elevados los siguientes: En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido (66.7%), Me sudan las manos (66.7%), Algunas veces me despierto asustado (63.3%) y tengo pesadillas (61.7%), mientras que los valores de frecuencia contestados con respuestas negativas (“no”) varían entre 33.3% y 66.7%. encontrándose entre los reactivos con mayor porcentaje los siguientes: Muchas veces siento que me falta el aire (66.7%), Me enojo con mucha facilidad (53.3%), Muchas veces siento asco o nauseas (53.3%), Me cuesta trabajo tomar decisiones (50%).

Dentro del grupo de niños no institucionalizados, los valores de frecuencia contestados con respuestas positivas (“sí”) varían entre 62.92% y 27.4%. Entre los reactivos más elevados se encuentran: me cuesta trabajo tomar decisiones (62.92%), me sudan las manos (53.2%), tengo pesadillas (50%) y algunas veces me despierto asustado (50%). Los valores de frecuencia contestados con respuestas negativas (“no”) varían entre 33.9% y 72.6%, los reactivos con mayor

porcentaje corresponden a: Me enojo con mucha facilidad (72.6%), Muchas veces siento que me falta el aire (69.4%), Me muevo mucho en mi asiento (69.4%).

*Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de la subescala 2. Inquietud/
Hipersensibilidad*

Reactivos	Niños maltratados institucionalizados				Niños no institucionalizados			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
2. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero	37	61.7	23	38.3	26	41.9	34	54.8
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)	30	50	30	50	8	12.9	54	87.1
7. Muchas cosas me dan miedo	36	60	24	40	29	46.8	32	51.6
10. Me preocupa lo que mis papas me vallan a decir	37	61.7	23	38.3	37	59.7	24	38.7
14. Me preocupa lo que la gente piense de mi	30	50	30	50	34	54.8	28	45.2
18. Soy muy sentimental	34	56.7	26	43.3	30	48.4	31	50
22. Me preocupa el futuro	44	73.3	16	26.7	25	40.3	37	59.7
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	40	66.7	20	33.3	49	79	13	21
30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir	36	60	24	40	7	11.3	55	88.7
34. Soy muy nervioso (a)	34	56.7	26	43.3	32	51.6	30	48.4
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	40	66.7	20	33.3	44	71	18	29

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

En la segunda subescala de Inquietud / Hipersensibilidad (tabla 13), en el grupo de niños maltratados institucionalizados, se observa que los valores de frecuencia contestados con respuestas positivas (“si”) van del 50% al 73.3%. Los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Me preocupa el futuro (73.3%), Me siento muy mal cuando se enojan conmigo (66.7%), Muchas veces me preocupa que algo malo me pase (66.7%), Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero (61.7%) y Me preocupa lo que mis papas me vallan a decir (61.7%).

Los valores de frecuencia contestados con respuestas negativas (“no”) varían del 33.3% al 50%, encontrándose entre los reactivos con mayor porcentaje los siguientes: Casi todo el tiempo estoy preocupado (50%), Me preocupa lo que la gente piense de mi (50%), Soy muy sentimental (43.3%).

Por su parte, en el grupo de niños no institucionalizados, los valores de frecuencia contestados respuestas positivas (“si”) se encuentran entre el 11.3% y el 79%, en donde los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Me siento muy mal cuando se enojan conmigo (79%), Muchas veces me preocupa que algo malo me pase (71%) y Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir (59.7%). Los valores de frecuencia contestados respuestas negativas (“no”) varían entre un 21% y 88.7%, los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Me siento preocupado (a) Cuando me voy a dormir (88.7%), Casi todo el tiempo estoy preocupado (87.1%), Me preocupa el futuro (59.7%).

Tabla 14. Frecuencias y porcentajes de la subescala 3. Preocupaciones sociales / Concentración

Reactivos	Niños maltratados institucionalizados				Niños no institucionalizados			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mi	22	36.7	38	63.3	20	32.3	41	66.1
11. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas	35	58.3	25	41.7	32	51.6	30	48.4
15. Me siento solo (a) aunque este acompañado (a)	31	51.7	29	48.3	8	12.9	54	87.1
23. Los demás son más felices que yo	30	50	30	50	12	19.4	50	80.6
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	33	55	27	45	28	45.2	33	53.2
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	35	58.3	25	41.7	23	37.1	39	62.9
35. Muchas personas están en contra de mí	29	48.3	31	51.7	9	14.5	53	85.5

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

En la subescala de Preocupaciones sociales y de concentración (tabla 14), los valores de frecuencia contestados con repuestas positivas (“si”) dentro del grupo de niños maltratados institucionalizados varían entre 36.7% y el 58.3%. Los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas (58.3%), Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares (58.3%), Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal (55%). Los valores de frecuencia contestados con respuestas negativas (“no”) varían entre 41.7% y 63.3%, los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí (63.3%), muchas personas están en contra de mí (51.7%), Los demás son más felices que yo (50%).

Dentro del grupo del grupo de niños no institucionalizados, los valores de frecuencia contestados con repuestas positivas (“si”) van del 12.9% al 51.6%, los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas (51.6%) y Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal (45.2%). Los valores de frecuencia contestados con respuestas negativas (“no”) varían de 48.4% a 87.1%, los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Me siento solo (a) aunque este acompañado (a) (87.1%), Muchas personas están en contra de mí (85.5%), Los demás son más felices que yo (80.6%).

Tabla 15. Frecuencias y porcentajes de la subescala 4. Mentira (L)

Reactivos	Niños maltratados institucionalizados				Niños no institucionalizados			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
4. Todas las personas que conozco me caen bien	40	66.7	20	33.3	31	50	30	48.4
8. Siempre soy amable	40	66.7	20	33.3	48	77.4	14	22.6
12. Siempre me porto bien	29	48.3	31	51.7	32	51.6	30	48.4
16. Siempre soy bueno (a)	37	61.7	22	36.7	35	56.5	27	43.5
20. Siempre soy agradable con todos	31	51.7	29	48.3	39	62.9	23	37.1
24. Siempre digo la verdad	31	51.7	29	48.3	25	40.3	37	59.7
28. Me enojo con facilidad	28	46.7	32	53.3	17	27.4	45	72.6

32. Nunca digo cosas que no debo de decir	28	46.7	32	53.3	20	32.3	40	64.5
36. Nunca digo mentiras	25	41.7	35	58.3	32	51.6	30	48.4

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

Por último, en la subescala de Mentira (tabla 15), se observa que en el grupo de niños maltratados institucionalizados los valores de frecuencia contestados con respuestas positivas (“sí”) varían del 41.7% al 66.7%, los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Todas las personas que conozco me caen bien (66.7%), Siempre soy amable (66.7%) y Siempre soy bueno (a) (61.7%). Para los valores de frecuencia contestados con respuestas negativa (“no”) los porcentajes van de 33.3% a 58.3%. Los reactivos con mayor porcentaje corresponden a: Nunca digo mentiras (58.3%), Me enojo con facilidad (53.3%), Nunca digo cosas que no debo decir (53.3%).

Dentro del grupo de niños no institucionalizados, los valores de frecuencia contestados con respuestas positivas (“sí”) varían del 27.4% al 77.4%, los reactivos con un alto porcentaje corresponden a: Siempre soy amable (77.4%), Siempre soy agradable con todos (62.9%) y Siempre soy bueno (a) (56.5%). Los valores de frecuencia contestados con respuestas negativas (“no”) varían de 22.6% a 72.6%, los reactivos con puntajes más altos corresponden: Me enojo con facilidad (72.6%), Nunca digo cosas que no debo decir (64.5%), Siempre digo la verdad (59.7%).

4.3 Medidas de tendencia central de las puntuaciones por Subescala y Ansiedad Total

En el tercer análisis se obtuvieron las medidas de tendencia central, la media y desviación estándar para las subescalas: subescala ansiedad fisiológica, subescala de inquietud/hipersensibilidad, subescala de preocupaciones sociales/concentración, la subescala de mentira y la ansiedad total para el grupo

de niños maltratados institucionalizados y para el grupo de niños no institucionalizados.

Tabla 16. Medidas de tendencia central de la subescala Ansiedad Fisiológica

Ansiedad Fisiológica	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	Media	D.E.	Media	D.E.
Puntaje Natural	6.0	2.7	1.4	0.8
Total percentil	74.5	29.8	5.8	12.2
Puntaje Total	12.4	4.0	63.1	27.0

En la tabla 16 se muestran las medidas de tendencia central para la subescala de Ansiedad Fisiológica, se observa que para el grupo de niños maltratados institucionalizados la media del puntaje total es de 12.4 puntos y su desviación estándar es de 4.0 puntos. Mientras que para el grupo de niños no institucionalizados la media del puntaje total es de 63.1 puntos con una desviación estándar de 27.0 puntos.

Tabla 17. Medidas de tendencia central de la subescala Inquietud/ Hipersensibilidad

Inquietud/ Hipersensibilidad	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	Media	D.E.	Media	D.E.
Puntaje Natural	7.0	3.0	11.7	7.8
Total percentil	68.7	29.8	6.5	11.1
Puntaje Total	11.3	3.3	51.0	32.5

La tabla 17 cuenta con las medidas de tendencia central de la subescala Inquietud/hipersensibilidad. Para el grupo de niños maltratados institucionalizados la media del puntaje total es de 11.3 puntos y su desviación estándar es de 3.3 puntos. Para el grupo de niños no institucionalizados la media del puntaje total es de 51.0 puntos y la desviación estándar es de 32.5 puntos.

Tabla 18. Medidas de tendencia central de la subescala Preocupaciones sociales / Concentración

Preocupaciones sociales / Concentración	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	Media	D.E.	Media	D.E.
Puntaje Natural	4.2	1.8	9.0	3.5
Total percentil	74.7	25.7	3.6	12.4
Puntaje Total	14.3	13.1	54.1	30.5

Las medidas de tendencia central para la subescala de Preocupaciones sociales/concentración (tabla 18), son las siguientes; para el grupo de niños maltratados institucionalizados la media del puntaje total es de 14.3 puntos y una desviación estándar de 13.1 puntos. Para el grupo de niños no institucionalizados la media del puntaje total es de 54.1 puntos y la desviación estándar es de 30.5 puntos.

Tabla 19. Medidas de tendencia central de la subescala de Mentira

Mentira	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	Media	D.E.	Media	D.E.
Puntaje Natural	4.5	2.1	9.0	3.2
Total percentil	49.7	32.2	5.0	5.7
Puntaje Total	9.8	6.7	46.1	27.4

La tabla 19 muestra las medidas de tendencia central de la subescala de Mentira, para el grupo de niños maltratados institucionalizados la media del puntaje total es de 9.8 puntos y la desviación estándar es de 6.7 puntos. Para el grupo de niños no institucionalizados la media del puntaje total es de 46.1 puntos con una desviación estándar de 27.4 puntos.

Tabla 20. Medidas de tendencia central de Ansiedad Total

Ansiedad total	Niños maltratados institucionalizados		Niños no institucionalizados	
	Media	D.E.	Media	D.E.
Puntaje Natural	18.7	6.7	9.0	2.8
Total percentil	79.1	27.4	12.9	12.1
Puntaje Total	63.6	13.5	54.9	30.9

Finalmente en la tabla 20, se observan las medidas de tendencia central para Ansiedad total, para el grupo de niños maltratados institucionalizados la media del puntaje total es de 63.6 puntos con una desviación estándar de 13.5 puntos. Para el grupo de niños no institucionalizados la media del puntaje total es de 54.9 puntos con una desviación estándar de 30.9 puntos.

4.4 Estadística inferencial no paramétrica Chi cuadrada (X^2) de la escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R), por Subescala y Ansiedad Total

Como cuarto análisis se obtuvieron las diferencias estadísticamente significativas por subescala: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira y ansiedad total entre el grupo de niños maltratados institucionalizados y niños no institucionalizados 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 Chi Cuadrada.

Tabla 21. Prueba X^2 de la subescala Ansiedad Fisiológica

ANSIEDAD FISIOLÓGICA	X^2	SIG.
Puntaje Natural	-3.239	0.001
Total percentil	-1.959	0.05
Puntaje Total	-1.737	0.05
*Nivel de significancia = 0.05 **Nivel de significancia = 0.01 ***Nivel de significancia = 0.001		

En la tabla 21 se muestran los valores de la Chi cuadrada y significancia de la subescala Ansiedad Fisiológica obtenida en ambos grupos, se observan diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de ambos grupos ($X^2 = -1.737$; $p=0.05$).

Tabla 22. Prueba X^2 de la subescala Inquietud/ Hipersensibilidad

INQUIETUD/ HIPERSENSIBILIDAD	X^2	SIG.
Puntaje Natural	-2.268	0.02
Total percentil	-2.155	0.03
Puntaje Total	-2.248	0.02
*Nivel de significancia = 0.05 **Nivel de significancia = 0.01 ***Nivel de significancia = 0.001		

La tabla 22 muestra los valores de la Chi cuadrada y significancia de la subescala Inquietud/hipersensibilidad obtenida en ambos grupos, se observan diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de ambos grupos ($X^2 = -2.248$; $p=0.02$).

Tabla 23. Prueba X^2 de la subescala Preocupaciones sociales

PREOCUPACIONES SOCIALES	X^2	SIG.
Puntaje Natural	-5.411	0.001
Total percentil	-3.759	0.001
Puntaje Total	-4.651	0.001
*Nivel de significancia = 0.05 **Nivel de significancia = 0.01 ***Nivel de significancia = 0.001		

La tabla 23 muestra los valores de la Chi cuadrada y significancia de la subescala de Preocupaciones sociales obtenida en ambos grupos, se observan diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de ambos grupos ($X^2 = -4.651$, $p=0.001$).

Tabla 24. Prueba X^2 de la subescala Mentira

MENTIRA	X^2	SIG.
Puntaje Natural	-0.637	0.524

Total percentil	-0.587	0.557
Puntaje Total	-0.428	0.669
*Nivel de significancia = 0.05 **Nivel de significancia = 0.01 ***Nivel de significancia = 0.001		

En la tabla 24 se observan los valores de la Chi cuadrada y significancia de la subescala de de Mentira obtenida en ambos grupos, no se observan diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de ambos grupos ($X^2 = -0.428$; $p = 0.669$).

Tabla 25. Prueba X^2 para Ansiedad Total

ANSIEDAD TOTAL	X^2	SIG.
Puntaje Natural	-4.639	0.001
Total percentil	-3.857	0.001
Puntaje Total	-3.928	0.001
*Nivel de significancia = 0.05 **Nivel de significancia = 0.01 ***Nivel de significancia = 0.001		

Por último en la tabla 25 se muestran los valores de la Chi cuadrada y significancia del nivel de Ansiedad Total obtenida en ambos grupos, se observan diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total de ambos grupos ($X^2 = -3.928$; $p = 0.001$).

4.5 Estadística inferencial no paramétrica Chi cuadrada (X^2) de la escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R), por Reactivos

Finalmente se analizó el comportamiento de respuesta para cada uno de los reactivos de las cuatro subescalas del instrumento en ambas muestras, a continuación se presentan la Chi cuadrada y significancia que corresponde a cada reactivo de cada subescala.

Tabla 26. Prueba χ^2 de la subescala Ansiedad Fisiológica por reactivo

Reactivo	χ^2	SIG.
1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	-1.48	0.138
5. Muchas veces siento que me falta el aire	-0.317	0.751
9. Me enojo con mucha facilidad	-2.194	0.03
13. En la noches, me cuesta trabajo quedarme dormido (a)	-3.079	0.002
17. Muchas veces siento asco o nauseas	-0.012	0.991
19. Me sudan las manos	-1.508	0.132
21. Me canso mucho	-0.798	0.425
25. Tengo pesadillas	-1.292	0.196
29. Algunas veces me despierto asustado (a)	-1.479	0.139
33. Me muevo mucho en mi asiento	-3.221	0.001

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

En la tabla 26 se muestran las diferencias en la subescala de ansiedad fisiológica entre el grupo de niños maltratados institucionalizados y el grupo de niños no institucionalizados, encontrándose diferencias estadísticamente significativas al nivel de 0.05 a 0.001, en los reactivos: me enojo con mucha facilidad ($\chi^2 = -2.194$; $p=0.03$), en las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido ($\chi^2 = -3.079$; $p=0.002$), me muevo mucho en mi asiento ($\chi^2 = -3.221$; $p=0.001$).

Tabla 27. Prueba χ^2 de la subescala Inquietud/ Hipersensibilidad por reactivo

Reactivo	χ^2	SIG.
2. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero	-2.290	0.02
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)	-4.405	0.001
7. Muchas cosas me dan miedo	-1.524	0.128
10. Me preocupa lo que mis papas me vallan a decir	-0.293	0.770
14. Me preocupa lo que la gente piense de mi	-0.533	0.594
18. Soy muy sentimental	-0.985	0.325
22. Me preocupa el futuro	-3.662	0.001
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	-1.531	0.126
30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir	-5.607	0.001
34. Soy muy nervioso (a)	-0.558	0.577
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	-0.511	0.610

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

En referencia al análisis de las diferencias en la subescala Inquietud/Hipersensibilidad (tabla 27) entre el grupo de niños maltratados institucionalizados y niños no institucionalizados, se observan diferencias estadísticamente significativas al nivel de 0.05 a 0.001, en los siguientes reactivos: me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero ($X^2= -2.290$, $p=0.02$), casi todo el tiempo estoy preocupado (a) ($X^2= -4.405$, $p=0.001$), me preocupa el futuro ($X^2= -3.662$; $p=0.001$), me siento muy mal cuando se enojan conmigo ($X^2= -1.531$; $p=0.126$), me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir ($X^2= -5.607$; $p= 0.001$).

Tabla 28. Prueba X^2 de la subescala Preocupaciones sociales/concentración por reactivo

Reactivo	X^2	SIG.
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mi	-0.624	0.553
11. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas	-0.661	0.508
15. Me siento solo (a) aunque este acompañado (a)	-4.571	0.001
23. Los demás son más felices que yo	-3.547	0.001
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	-1.157	0.247
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	-2.339	0.02
35. Muchas personas están en contra de mí	-4.016	0.001

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

En la tabla 28 se muestran las diferencias en la subescala de preocupaciones sociales/concentración entre el grupo de niños maltratados institucionalizados y el grupo de niños no institucionalizados encontrándose diferencias estadísticamente significativas al nivel de 0.05 a 0.001, en los siguientes reactivos: me siento solo (a) aunque este acompañado (a) ($X^2= -4.571$; $p= 0.001$), los demás son más felices que yo ($X^2= -3.547$; $p= 0.001$), me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares ($X^2= -2.339$; $p= 0.02$), muchas personas están en contra de mí ($X^2= -4.016$; $p= 0.001$).

Tabla 29. Prueba χ^2 de la subescala Mentira por reactivo

Reactivo	χ^2	SIG.
4. Todas las personas que conozco me caen bien	-1.913	0.05
8. Siempre soy amable	-1.319	0.187
12. Siempre me porto bien	-0.361	0.718
16. Siempre soy bueno (a)	-0.501	0.617
20. Siempre soy agradable con todos	-1.333	0.182
24. Siempre digo la verdad	-1.252	0.211
32. Nunca digo cosas que no debo de decir	-1.794	0.05
36. Nunca digo mentiras	-1.096	0.273

Con referencia al análisis de las diferencias en la subescala de Mentira (tabla 29) entre el grupo de niños maltratados institucionalizados y niños no institucionalizados, se observan diferencias estadísticamente significativas al nivel de 0.05 a 0.001, en los siguientes reactivos: todas las personas que conozco me caen bien ($\chi^2 = -1.913$; $p = 0.05$), nunca digo cosas que no debo decir ($\chi^2 = -1.794$; $p = 0.05$).

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1 Discusión

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación y que fueron analizados a través de diversas pruebas estadísticas, se permitió identificar la respuesta de ansiedad total y de cada una de las subescalas (ansiedad fisiológica, inquietud, hipersensibilidad, preocupación social, concentración y mentira) de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997), en dos grupos (niños maltratados institucionalizados y niños escolarizados no institucionalizados), a su vez, también se pudo dar respuesta a las hipótesis planteadas para dicho estudio.

La primera hipótesis señala: **Existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de ansiedad fisiológica, entre un grupo de niños maltratados institucionalizados en comparación con un grupo de niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997)**, la hipótesis es aceptada, ya que el grupo de niños maltratados institucionalizados presenta un comportamiento de respuesta mayor asociado a la subescala de ansiedad fisiológica, ya que en comparación con el grupo de niños escolarizados no institucionalizados a los menores maltratados institucionalizados les cuesta trabajo quedarse dormidos en la noche, les sudan las manos, algunas veces se despiertan asustados (as), tienen pesadillas, se mueven mucho en su asiento y se cansan mucho. Estos indicadores que se encuentran presentes en el grupo de niños maltratados institucionalizados describen reacciones físicas que sugieren en su mayoría, son ocasionadas por la ansiedad.

En relación con esto, Weems (2005), partiendo de una perspectiva biológica, sugiere que la respuesta fisiológica y la ansiedad infantil en niños, son respuestas fisiológicas medibles como la tasa cardiaca y la respuesta galvánica. Esta evaluación asociada a los informes que los padres dan sobre los síntomas de

ansiedad y los prejuicios cognoscitivos que observaban en sus hijos, corroboran altos índices de ansiedad. Observando que la tasa cardiaca aumenta en niños que registran mayores síntomas de ansiedad y prejuicios cognoscitivos. A su vez, en el estudio se señala que la reciprocidad que existe en los niños con prejuicios cognoscitivos, que experimentan niveles altos en la tasa cardiaca, puede ser un indicador de ansiedad en un futuro.

Otras investigaciones, como las realizadas por Bernstein & Zvolensky (2006), señalan la presencia de respuestas fisiológicas asociadas fuertemente a la ansiedad vivida por los menores, como la traducción del estado ansioso que experimentan, como lo obtenido en este trabajo en el caso de los niños maltratados

Echeburúa (1998), afirma que las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de todas las personas y el organismo las utiliza como mecanismo de vigilancia. El menor al sentirse bajo una situación de peligro o amenazante, como lo es el abuso y el maltrato, recurre a utilizar los mecanismos que lo mantengan a la defensiva y alerta para prevenir ser violentado.

Por su parte, Ampudia et al., 2007, llevo a cabo una investigación en la cual participaron menores víctimas de abuso y maltrato del Centro de estancia transitoria de niños y niñas del DF, en dicho estudio se logran identificar reacciones hostiles, problemas de conducta, conducta hipervigilante, temores y elevada ansiedad.

Referente a los resultados del presente estudio se observa que el grupo de niños maltratados institucionalizados presenta un comportamiento de respuesta mayor asociado a la subescala de ansiedad fisiológica, lo cual se corrobora con los datos reportados en las investigaciones de Lipovsky, Saunders & Murphy (1989), Rodríguez (2003) y Ampudia (2006), en donde se habla acerca de que las manifestaciones fisiológicas asociadas al comportamiento ansioso en los niños,

son más notorias en los menores que han estado en situaciones de maltrato o abuso.

La segunda hipótesis apunta: **Existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Inquietud/hipersensibilidad, entre un grupo de niños maltratados institucionalizados en comparación con un grupo de niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997)**, la hipótesis es aceptada, debido a que el análisis de resultados muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los niños víctimas de maltrato institucionalizados presentan un comportamiento relacionado con mayor inquietud e hipersensibilidad en comparación con los niños escolarizados no institucionalizados. Los menores que han sido maltratados presentan mayor preocupación por el futuro, se sienten mal cuando los demás se enojan con ellos, se preocupan de que algo malo les pase, se ponen nerviosos cuando las cosas no les salen como quieren y muestran preocupación por lo que sus papas les dicen.

Es evidente que algunos niños al sentirse bajo una situación amenazante expresan un conjunto de temores que experimentan en su vida cotidiana o liberan en su mundo imaginario en el que predominan fantasmas inquietantes y espantosos (Solloa, 2006; Ampudia, Santaella y Eguía, 2009).

Así mismo Stewart (2006) indicó que los niños que han sido víctimas de maltrato perciben sus propios hogares y ambiente social como fuentes de estrés, belicoso y negativo. El maltrato se va haciendo parte de la vida de estos niños, lo que genera que sean retraídos socialmente, poco tolerantes y asertivos, ansiosos, en comparación con sus compañeros.

Cortés (2006), realizó un análisis cualitativo de las diferencias en el estilo de apego entre niños preescolares maltratados y sin maltrato. Los resultados señalan que los niños maltratados presentan un estilo de apego inseguro en comparación

con los niños que no han sido maltratados, presentando altos índices de ansiedad, como lo obtenido en este estudio.

A su vez, Ampudia, Sánchez & Sarabia, (2008), en su investigación realizada, concluyen que dentro de los indicadores emocionales que presenta la población víctima de maltrato, se encuentran de manera frecuente rasgos de ansiedad.

En la tercera hipótesis que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de preocupaciones sociales/concentración, entre un grupo de niños maltratados institucionalizados en comparación con un grupo de niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997)**, se acepta la hipótesis ya que se encontraron diferencias en el comportamiento de respuesta asociado con las preocupaciones sociales/concentración entre el grupo de niños maltratados institucionalizados en comparación con el grupo de niños escolarizados no institucionalizados. Los niños maltratados institucionalizados, presentan indicadores importantes como sentirse solos aunque se encuentren acompañados, piensan que muchas personas están en contra de ellos, sienten que los demás son más felices que ellos, les cuesta trabajo concentrarse en las tareas escolares, sienten que a los demás no les gusta cómo hacen las cosas y que les van a decir que hacen las cosas mal.

Los menores víctimas de maltrato también sufren 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, experimentando 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 (Marcelli & Ajuriaguerra, 2004; Ampudia, *et.al.*, 2009).

Los resultados obtenidos en la investigación se corroboran con el estudio realizado Ahmad & Shuriquie, (2001) quienes estudiaron sobre las consecuencias

psicológicas del abuso en un grupo de niños abusados institucionalizados y un grupo de niños no abusados no institucionalizados, evaluaron los valores sociales, la confianza en sí mismo, la sociabilidad, inteligencia, la apariencia física, la estabilidad emocional, vigor y agresión. En los resultados, se encontró que los niños que habían sido abusados obtuvieron puntajes bajos en los valores sociales, en la confianza en sí mismo, inteligencia, sociabilidad, y las dimensiones de estabilidad emocional. Además se encontró un nivel significativamente superior en la escala de ansiedad, como ha sido reportado por Ampudia, *et.al.*, (2008); Ampudia, *et.al.*, (2009).

Por su parte, Ponce, Williams & Allen (2004), reportan que los niños que presentan una historia de maltrato manifiestan una distorsión en la capacidad de juicio. Al crecer adoptan a la violencia como un factor normal dentro de sus relaciones adultas. De tal modo, los niños que son víctimas de violencia, se convierten en victimarios, contribuyendo al ciclo de violencia.

Diversas investigaciones, como las realizadas por Stewart (2006); Scott, et al. (2010); Graham (1996) y Ampudia, *et.al.*, (2009) hablan acerca de las preocupaciones que los niños víctimas de maltrato presentan, el ambiente en el cual se desarrollan lo perciben peligroso y amenazante por lo que constantemente experimentan ansiedad.

Algunos estudios sobre las consecuencias psicológicas del abuso en niños institucionalizados que fueron abusados emocionalmente, en comparación con niños no abusados e institucionalizados. Se ha encontrado que los valores sociales, la confianza en sí mismo, la sociabilidad, inteligencia, la apariencia física, la estabilidad emocional son reducidos, además de que el alto nivel de ansiedad, tiende a generar respuestas de agresión. Es evidente por lo tanto que los niños institucionalizados que han sido maltratados, sufren más desórdenes psicológicos, con índices elevados de ansiedad, como lo encontrado en este estudio, por consiguiente ellos tienen la necesidad de mayor cuidado psicológico y apoyo (Ahmad & Shuriquie, 2001; Ampudia, *et.al.*, 2009).

La cuarta hipótesis que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de mentira entre niños maltratados institucionalizados en comparación con niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997)**, la hipótesis es rechazada ya que en los datos obtenidos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en ambas poblaciones se presentan ideas como, siempre soy amable, siempre soy agradable con todos, siempre soy bueno y siempre me porto bien. La mayoría de los niños, de manera general, buscan dar una buena imagen de ellos mismos, esto puede deberse a los cambios en el desarrollo en este grupo etario. Aunque es evidente que en el caso de los niños maltratados, la contradicción en esta escala de mentiras, se puede entender ante el deseo de agradar a los demás, especialmente de los adultos que los maltratan, esto es, por la falta de comprensión, sobre la agresión que reciben de sus cuidadores (Ampudia, *et.al.*, 2009).

Es indudable que el maltrato genera diferentes repercusiones en el desarrollo del niño, dichas repercusiones son modificadas en función de la edad del menor, las circunstancias y las vivencias previas asociadas directa o indirectamente con la situación de maltrato. Es por eso que las consecuencias del maltrato no son necesariamente iguales para todos los casos, pudiendo adquirir mayor o menor gravedad o sintomatología de acuerdo al caso encontrado (Sukhodolskya, Kassinove & Gorman, 2004). Probablemente debido a esa situación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de mentira.

Sin embargo, Ampudia, (2006), señala que es probable que los niños pequeños empiecen a mentir para evitar ser maltratados y oculten información por miedo a ser castigados. La mentira es la herramienta para lograr sentirse protegidos, de igual manera puede suponerse que los menores escolarizados no institucionalizados utilicen esa herramienta para sentirse protegidos de cualquier cosa que pueda suceder en su entorno y que les cause peligro.

La quinta hipótesis señala: **Existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de ansiedad total entre niños maltratados institucionalizados en comparación con niños escolarizados no institucionalizados, medida mediante la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997)**, se acepta la hipótesis, ya que el grupo de niños maltratados institucionalizados presenta una respuesta de ansiedad total mayor en comparación con el grupo de niños escolarizados no institucionalizados.

Conforme el niño va creciendo, se va desarrollando 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 conciernen inmediatamente pero que le pueden afectar en el futuro. La ansiedad se presenta en el niño, cuando experimenta sensaciones desagradables y se encuentra en una situación en la que “anticipa” que algo doloroso o molesto puede ocurrir, o bien cuando no está seguro de los sucesos que acontecerán (Echeburúa, 1998).

De acuerdo con Cía (2007), existen factores psicosociales que incrementan el riesgo de un trastorno de ansiedad infantil, como lo son: un entorno familiar conflictivo, poco cohesionado, disfuncional o con expresividad emocional elevada, la exposición a psicopatología parental, padecer eventos estresantes traumáticos o permanecer en un contexto social desfavorable; la exposición a una madre con trastorno de ansiedad generalizada predice de modo significativo trastorno de ansiedad múltiples en sus hijos y la hipercrítica materna también fue asociada a trastorno de ansiedad múltiples en sus hijos. Factores que comúnmente se asocian al maltrato infantil.

En un estudio realizado por Ampudia, López Arce, Rivera & Valencia (2008), se afirma que dentro de los problemas psicoemocionales que presentan los niños víctimas de maltrato se encuentra una ansiedad elevada, el desarrollo emocional de estos niños, se ve afectado por las alteraciones psicopatológicas ocasionadas

por los niveles altos de ansiedad que experimentan. Según Barudy (1998), la amenaza psicológica provocada por los actos de sus padres, lleva al niño a una situación de angustia extrema, por el hecho de poder ser destruido por el otro, que a su vez es la única fuente de cuidados y protección.

A su vez, Rodríguez (2003), al hablar de la disciplina parental, afirma que el comportamiento ansioso es más alto en niños que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, ya que la respuesta ansiosa se da como señal de alerta, debido a que el medio en cual se desarrolla el menor es maligno o perjudicial para su integridad física y psicológica.

Pino (2000), llevó a cabo un estudio, en donde encontró que el maltrato infantil, acarrea un retraso en el desarrollo psicológico del niño, así como problemas de conducta, relacionados con la ansiedad, impulsividad, distractibilidad, entre otros.

En una investigación realizada por Lipovsky, et al., 1989, se encontró que los menores que habían sido víctimas de abuso sexual, tenían niveles más altos de depresión y ansiedad en comparación con un grupo de niños que no habían sido abusados.

Asimismo, se ha investigado el comportamiento ansioso en niños que se encuentran dentro de condiciones adversas, como son las circunstancias de institucionalización. En este sentido, McGrath (1991) manifiesta y discute sobre el abuso existente directo o indirecto en el niño que se encuentra institucionalizado, el abuso de niños en algunas agencias todavía ocurre. Discute como las prácticas abusivas continúan creciendo, principalmente porque se trabaja en un ambiente también abusivo.

Por medio de la presente investigación, se exploraron de manera específica los comportamientos relacionados con la ansiedad, que presentan los menores que han sido maltratados y que se encuentran institucionalizados, ya que, en un estudio llevado a cabo por Ahmad & Shurique (2001) se concluyó que los niños

institucionalizados sufren más desórdenes psicológicos y por consiguiente ellos tienen la necesidad de mayor cuidado psicológico y apoyo.

El maltrato infantil en todas sus formas tiene una serie de consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial y emocional de los menores. Las consecuencias derivadas de los golpes y maltratos físicos producen daño físico, pero este castigo envía mensajes psicológicos destructivos para el menor, ejerciendo un impacto en áreas críticas del desarrollo infantil, con perjuicios presentes y futuros en la esfera social, emocional y cognitiva (Ampudia, 2007). En este estudio, se prestó principal importancia a la respuesta de ansiedad que presentan los menores que han sido víctimas de maltrato y que se encuentran institucionalizados, debido a la importancia que representa dicha respuesta ya que puede tener importantes consecuencias en el desarrollo, su funcionamiento emocional y en la adaptación del menor.

5.2 Conclusión

El fenómeno del maltrato infantil ha estado presente en México así como en el resto del mundo, y se ha manifestado de acuerdo con sus diversas expresiones a lo largo del tiempo, las culturas y las distintas sociedades. Diversas investigaciones (Ampudia, 2007; Francia, 2003; Jones, 2008; Rodríguez, 2010), apuntan que este tema ha ido cobrando una mayor importancia a través del tiempo debido a las implicaciones que tiene y al impacto que provoca en la sociedad.

En la actualidad se considera un fenómeno social que exige la búsqueda de un cuerpo sólido de conocimiento sobre las causas, modo de desarrollo y características, a modo que posibilite un adecuado abordaje en distintas vertientes, tanto a nivel preventivo, diagnóstico y terapéutico (Casado, 1997).

También es de suma importancia el estudio de las consecuencias o resultantes del maltrato a corto y a largo plazo en el desarrollo del niño, ya que se tiene la certeza de que a largo plazo puede originar problemas psicológicos o físicos, que a su vez acarrearán problemas de ajuste socioemocional (Gallardo, Trianes & Jiménez, 1998).

En cualquiera de sus formas, el maltrato infantil provoca consecuencias, las cuales afectan directamente el desarrollo psicosocial y emocional de los menores. El presente estudio hace referencia al tema de maltrato infantil en relación con la respuesta de ansiedad que presentan los niños que son víctimas de maltrato y que se encuentran institucionalizados, con el propósito de hacer una oportuna y adecuada identificación de dicho comportamiento ansioso.

Por lo tanto los resultados obtenidos en esta investigación permiten conocer la respuesta de ansiedad total y el comportamiento de respuesta en cada una de las

subescalas (ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira) de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS – R) de Reynolds y Richmond (1997), en dos muestras, una formada por niños maltratados que se encuentran institucionalizados y la otra formada por niños escolarizados no institucionalizados.

Cabe señalar, que los datos obtenidos, permitieron conocer las diferencias de respuesta de ansiedad total y por cada subescala (ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira) en las diferentes poblaciones, así como el comportamiento de respuesta de cada uno de los reactivos de las cuatro subescalas del instrumento.

De tal forma, los resultados indican que la respuesta de ansiedad total es más alta en los niños que han sido víctimas de maltrato y que se encuentran institucionalizados en comparación con los niños escolarizados no institucionalizados. De manera similar ocurre en las subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales, en la subescala de mentira no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Es indudable que el maltrato genera diferentes repercusiones en el desarrollo del niño, algunas de ellas, son modificadas en función de la edad del menor, las circunstancias y las vivencias previas asociadas directa o indirectamente con la situación de maltrato. Es por eso que las consecuencias del maltrato no son necesariamente iguales para todos los casos, pudiendo adquirir mayor o menor gravedad o sintomatología (Sukhodolskya, Kassinove & Gorman, 2004).

En este sentido, McGrath, (1991); Ampudia, Sánchez & Sarabia, (2008) al analizar el abuso existente directo o indirecto en niños que se encuentran institucionalizados, señalan que el abuso de niños en algunas agencias se da, de manera frecuente. Plantean que las prácticas abusivas continúan creciendo, principalmente porque se trabaja en un ambiente también abusivo. Ahmad & Shurique (2001) concluyen que los niños institucionalizados sufren más

desórdenes psicológicos y por consiguiente ellos tienen la necesidad de mayor cuidado psicológico y apoyo.

Ahora bien, lo que corresponde al análisis por reactivo de cada subescala, se encontró que en la subescala de ansiedad fisiológica, los niños maltratados institucionalizados se enojan con mucha facilidad, tienen dificultades para conciliar el sueño, sus manos sudan con frecuencia, suelen tener pesadillas y presentan mucha movilidad, como ha sido reportado por Bernstein & Zvolensky (2006) y Weems (2005). Mientras que los niños escolarizados no institucionalizados, las respuestas de ansiedad que presentan principalmente pueden ser el sentir que les falta el aire, sentir asco o náuseas, así como enojarse con facilidad.

En cuanto a las respuestas de inquietud/hipersensibilidad, se observa que los niños maltratados que se encuentran institucionalizados, suelen presentar respuestas relacionadas con sus preocupaciones por el futuro, a sentirse mal cuando se enojan con ellos, a experimentar constantes preocupaciones por que algo les llegue a suceder y les preocupa lo que sus papas puedan decirles. Por su parte las respuestas de los niños escolarizados no institucionalizados tienen que ver principalmente con sentirse mal cuando se enojan con ellos, experimentar preocupaciones de que algo le pueda pasar, como lo reportan investigaciones realizadas por Ampudia et al. (2008) y Graham (1996).

Marcelli & Ajuriaguerra (2004), apuntan que los menores víctimas de maltrato también sufren 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, experimentando 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 manifestaciones de ansiedad en la subescala de preocupaciones sociales/concentración, reportan que los niños maltratados institucionalizados tienen dificultades para concentrarse en las tareas escolares, sienten que les dirán que hacen las cosas mal y que lo que ellos hacen a las demás personas no les gusta. En el grupo de niños escolarizados no institucionalizados las respuestas van relacionadas con sentir que a los demás no les gustan las cosas que hacen y que les dirán que lo que hacen está mal hecho, aspectos que han sido reportados en diferentes investigaciones, Scott, *et al.* (2010) y Ampudia, *et. al.* (2009).

Por su parte, Marcelli & Ajuriaguerra (2004), señalan que en los menores maltratados se observan dos tipos de comportamiento: una gran timidez con retraimiento temeroso; o por el contrario, inestabilidad notoria, acompañada de comportamientos caóticos, desorganizados y violentos, donde el fracaso escolar es frecuente, aun 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, como puede observarse en el grupo de menores maltratados de este estudio.

De manera general , no se obtuvieron diferencias significativas en la subescala de mentira de dichas poblaciones, pero al realizar el análisis por reactivo se encontró que los niños maltratados institucionalizados presentan más respuestas que apuntan a que todas las personas les caen bien, siempre soy amable y siempre soy bueno, mientras que los niños escolarizados no institucionalizados evocan sus respuestas a aspectos que tienen que ver con la amabilidad, el siempre ser agradables con las personas y con ser buenos. Es indudable que estas conductas son presentadas por los niños en algún momento del desarrollo, según Shaffer (2000), la capacidad de regular las emociones es la primera habilidad que los niños deben adquirir para cumplir con las reglas de despliegue emocional de una cultura. Por su parte, Ampudia (2006) refiere que los niños empiezan a mentir para evitar ser maltratados ya que a través de la mentira se sienten protegidos de los abusos a los que son sometidos y evitan el castigo.

Una vez realizado el análisis de cada reactivo, se puede observar que, existen conductas, sentimientos y pensamientos específicos que ayudan a la pronta y adecuada identificación de comportamiento ansioso, pudiendo con ello, identificar cuando un niño está siendo o fue víctima de algún tipo de abuso. La importancia de este trabajo radica, en que es necesario conocer cuando un niño está siendo maltratado, y que es más necesario e importante aun, conocer e identificar las conductas, emociones y sentimientos que generen el comportamiento ansioso, de tal forma que se pueda brindar un pronto y adecuado tratamiento a los menores, ya que sin duda alguna el recuerdo de haber sufrido algún tipo de maltrato no se puede evitar, pero al evaluar e intervenir de manera sustentada y pertinente se estará contribuyendo a disminuir los efectos que este acarrea.

Es importante reconocer que el maltrato a los niños no solo implica cuestiones físicas, sino que también existen heridas emocionales que si no se restablecen pueden acarrear dificultades a lo largo del desarrollo y de la vida del niño, por lo que se considera que este estudio a través de sus resultados, refleja la importancia de la utilización de un instrumento que permita diferenciar las manifestaciones de ansiedad normales en el niño de aquellas que son producto de algún tipo de maltrato, permitiendo poder llevar un tratamiento inmediato que merme los efectos a largo plazo causados por el maltrato.

Los niños que han sido maltratados pueden exhibir altos índices de ansiedad que se reflejan en una pobre autoimagen, incapacidad para depender, incapacidad para confiar y para amar a otros, conducta agresiva, problemas de disciplina coraje y comportamiento retraído así como miedo de establecer relaciones o actividades nuevas (Ampudia et al., 2008).

Con los resultados obtenidos de este trabajo, se puede observar, la necesidad de utilizar instrumentos que permitan hacer una diferencia entre las manifestaciones de ansiedad normales en el niño de aquellas que son producto de algún tipo de maltrato. Ya que se suele presentar mayor importancia a los daños físicos y visibles, dejando de lado las huellas emocionales que se encuentran ocultas y que

en muchas ocasiones tardan más tiempo en sanar o en el peor de los casos nunca sanan.

Se debe reconocer que los niños necesitan de extraordinaria atención, ya que les es difícil identificar la fuente de ese displacer que sienten al experimentar ansiedad, son incapaces de determinar que es precisamente ese displacer el que los lleva a actuar de tal o cual forma. Con una pronta y adecuada identificación de esa fuente de displacer, se pueden evitar las secuelas y repercusiones negativas en el desarrollo y vida de los niños.

Es importante resaltar que el trabajar con los niños maltratados institucionalizados es una característica importante ya que como lo señalan McGrath (1991) y Ahmad & Shuriquie (2001), la institucionalización es un factor importante ya que para el niño es una condición adversa, los niños que se encuentran en esta situación sufren más desordenes psicológicos, por lo tanto tienen la necesidad de mayor cuidado psicológico y apoyo.

Por consiguiente, se considera que la importancia de este trabajo, radica en la aportación de información relacionada con las respuestas de ansiedad que presentan los menores maltratados, que si bien es cierto se realiza en dos muestras pequeñas, permite tener mayor conocimiento sobre esta problemática tan relevante en México. No obstante, es transcendental que las autoridades, instituciones de salud pública, los profesionales de disciplinas de la salud y afines, y la sociedad en general que dirigen su interés a los niños que sufren maltrato, lleven a cabo mayores acciones para la atención de los menores que sufren maltrato, ya que las consecuencias de éste, se generan de generación en generación, por ser el maltrato infantil, un problema de todos, que impacta el contexto social, cultural y económico del país.

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.
- Ajuriaguerra De J. (2004). *Psicopatología del niño*. Masson 3ª edición. Barcelona.
- Ampudia, R. A. (2007). *Evaluación de indicadores de riesgo para el maltrato infantil*. Simposio. Primer foro de Psicoterapia Infantil “El bienestar emocional del niño y su familia”. Mérida, Yucatán, México. 15, 16 y 17 de marzo del 2007.
- Ampudia, R. A. (2007). *Evaluación de factores de riesgo del maltrato infantil*. Simposio. VI Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica. 29 y 30 de junio, Ciudad de México.
- 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., (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., Balbuena, A., & Jiménez, G. F. (2007). *Conceptualización del maltrato infantil: una perspectiva ecológica*. Simposio: Evaluación de indicadores de riesgo para el maltrato infantil. Primer Foro de Psicoterapia Infantil “El bienestar emocional del niño y su familia”. Marzo. Mérida, Yucatán.
- Ampudia, R.A., López Arce, C.A. M., Rivera, C.L.A. & 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. & Sánchez, C.G., (2005). Evaluación del Proceso de Socialización en Menores Maltratados. *V Congreso Iberoamericano De Evaluación Psicológica (AIDEP)*. Buenos Aires, Argentina.
- Ampudia, R. A., Santaella, H. G. & Eguía, M. S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: UNAM, Facultad de psicología y El Manual Moderno.
- Ampudia, R.A., Sánchez, C.G. & Sarabia, M. N., (2008). *Detección del maltrato infantil en escuelas primarias*. Vol. XII Asociación Mexicana de Psicología Social AMEPSO.
- Ampudia, R.A., Sánchez, C.G. & Sarabia, M. N., (2007). El maltrato hacia la infancia: sus consecuencias socioafectivas. XV Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad Hermosillo, Sonora, México.

- APA (2010) Diccionario conciso de Psicología. American Psychological Association. México: El Manual Moderno.
- Arruabarrena, M.I. & De Paúl, O.J. (1994). Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M., & Guillamón, N. (2008). Higiene y Prevención de la Ansiedad. España: Editores Díaz de Santos.
- Balbuena, G.A., Sánchez, C.G. & Ampudia, R.A., (2006). *Agresión y Violencia en Menores Maltratados*. Simposio: Factores de Riesgo del Maltrato Infantil. XIV Congreso Mexicano de Psicología “El Psicólogo rumbo a la certificación: investigación, formación y práctica”. Septiembre, Puerto Vallarta, Jalisco.
- Barudy, L. J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España: Paidós.
- Bernstein, A. & Zvolensky, M., (2006). Taxonicity of anxiety sensitivity: a multinational analysis. *Journal of anxiety disorders*. 20 (1), 1-22.
- Bustos, L. T., Mendoza, I. A. A., Ampudia, R. A. Pérez, S.P. & Medina, O. G., (2007). *Detección del maltrato infantil en el ámbito escolar*. XV Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad Hermosillo, Sonora, México.
- Cantón, D. J. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Cantón, D.J., Cortés, A.M. (2002). Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención. España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Casado, J. (1997). *Niños maltratados*. Editorial Díaz de Santos. Madrid.
- Casado, F., Díaz, H. & Martínez, G., (1997). *Niños Maltratados*. Editorial Díaz de Santos, Madrid, España.
- Cía, A.H. (2007). La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico. 2ª ed. Buenos Aires: Polemos.
- Clemmons, J.C., (2005). Multiple forms of child maltreatment and abuse-specific characteristics: Relationships to psychological adjustment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 65(8-B). 4278.
- 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.
- Cortés, P.A., (2006). *El Apego en niños maltratados*. Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). La Habana, Cuba.

- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Argentina: Paidós.
- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Argentina: Paidós.
- Dennis, C. (2001). *Fundamentos de psicología*. 8ª edición. México: Thomson.
- De Paul, O.J. & Arruabarrena, M.M.I., (1996). *Manual de Protección Infantil*. MASSON, S.A., Barcelona.
- Echeburúa, E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Editorial Pirámide: Madrid, España.
- Eguía, M.M.S. & Ampudia, R.A., (2006). *Detección de Factores de Riesgo del Maltrato Infantil*. Simposio: Factores de Riesgo del Maltrato Infantil. XIV Congreso Mexicano de Psicología “*El Psicólogo rumbo a la certificación: investigación, formación y práctica*”. Septiembre, Puerto Vallarta, Jalisco.
- Fernández, E. D. (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades. Cuando ellos deben dejar su familia*. México: Editorial Lumen.
- Francia, R. M. (2003). Maltrato infantil un problema de todos. *Revista Cubana Med. Gen. Integr.* 19 (1).
- Friedberg, R. & Mc Clure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos iniciales*. Barcelona: Paidós.
- Frías, A., Fraijo, S. B., Cuamba, O. N. (2008). Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores. *Estudios de Psicología*, janeiro – abril. 3 (001). 3 – 11.
- Gallardo, C.J., Trianes, T.M. & Jiménez, H.M. (1998). *El maltrato físico hacia la infancia: sus consecuencias socioafectivas*. Universidad de Málaga: servicio de publicaciones e intercambio científico.
- Gándara, M. (1999). *Angustia y Ansiedad*. Editorial Pirámide, Madrid, España.
- Garbarino, J. & Eckenrode, J., (1999). *Porqué las familias abusan de sus hijos: Enfoque Ecológico sobre el maltrato de los niños y de adolescentes*. Granica, Barcelona.
- García, D.N. & Noguero, N.V. (2007). *Infancia maltratada. Manual de intervención*. España: EOS.
- Gaxiola, R.J. & Frías, A. M. (2005). *Las consecuencias del maltrato infantil: un estudio con madres mexicanas*. *Revista Mexicana de Psicología*. 22 (2). 363-374.
- Gaxiola, R.J., Frías, A.M. & Sánchez, M.L. y Jara, P.E., (2006). *Relación entre Variables Familiares y Estilos de Crianza: Una muestra de Madres Mexicanas*. Sesión Temática: Prácticas Parentales. XIV Congreso

- Mexicano de Psicología “El Psicólogo rumbo a la certificación: investigación, formación y práctica”. Septiembre, Puerto Vallarta, Jalisco.
- Gómez, D.T.I. (1997). Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Editorial Comares.
- 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.
- Hollander, E. & Simeon, D., (2004). *Guía de trastornos de ansiedad*. Madrid: Editorial Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (INEGI, 2005). <http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=119>
- INP. (2011). Instituto Nacional de Pediatría. Recuperado en: <http://www.pediatria.gob.mx/cainm/cainmdefini.html>
- Jones, D. P. (2008). *Child maltreatment*. *Journal of Family Violence*. 26(2). 101-108.
- Jimenez, H. M. (1997). Psicopatología infantil. Granada: Ediciones: Aljibe.
- Kempe, (1979). *Niños Maltratados*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Kempe, C., Silverman, F., Steele, B., Droegemueller, W. & Silver, H. (1962). The Battered Child Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 105 – 112.
- Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del comportamiento*. Mexico: McGraw- Hill.
- Lipovsky, J., Saunders, B.E & 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.
- Loredo, A.A. & Perea, M.A., (2005). La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México. *Acta Pediátrica Mexicana*. 26(3), 137-40.
- Loredo, A.A. (1994). Maltrato al menor. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Marcelli, D. & Ajuriaguerra, J. (2004). Psicopatología del niño 3ª edición. España: Editorial Masson.
- Martínez, R.A. & De Paúl, O.J. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. España: Ediciones Martínez Roca.
- Madu, S.N. & Peltzer, K., (1998). *The prevalence of child psychological, physical, emotional, and ritualistic abuse among high school students in the Northern Province, South Africa*. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 10(2), 80-92.
- McGrath, T. (1991). Overcoming institutionalized child abuse: Creating a positive therapeutic climate. *Journal of Child & Youth Care*. 6(4), 61-68.
- Moreno, M.J.M., (2004). *Etiología del Maltrato Infantil, estilo educativo, prácticas de crianza y contexto social*. *Psicología y Salud*. Enero–Junio. Universidad Veracruzana, Xalapa. 14 (001), 121-134.

- Moreno, M.J.M., (2004). *Maltrato infantil: análisis diferencial entre el abandono físico y el emocional*. Departamento de Psicología y Sociología de la Educación. Universidad de Extremadura, España.
- Mussen, H.P. & Janeway, J. (1975). *Desarrollo de la Personalidad en el niño*. México: Editorial Trillas.
- OMS. (2010). *Maltrato infantil*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- OMS. (2011). Organización Mundial de la Salud. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>
- ONU. (2011). Organización de las Naciones Unidas. Recuperado en: http://www.onu.org.mx/inicio_ONU_Mexico.html
- Osorio & Nieto, C.A. (2005). *El niño maltratado*. 4ª edición. México: Editorial Trillas.
- Papalia, D. E. & Wendkos, S. (2001). *Desarrollo humano*. Colombia: McGrawHill.
- Pérez, E.J., Pérez, M.G. & Ampudia, R.A., (2006). *Rasgos de Personalidad en Madres Maltratadoras*. Simposio: Factores de Riesgo del Maltrato Infantil. XIV Congreso Mexicano de Psicología "El Psicólogo rumbo a la certificación: investigación, formación y práctica". Septiembre, Puerto Vallarta, Jalisco.
- Pino, M. J. (2000). *Consecuencias de los malos tratos, sobre el desarrollo psicológico*. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 4 (1).
- Remy, P. (1984). *La ansiedad infantil*. Barcelona: Herder.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B.O. (1997). *Manual de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada)*. México: Editorial Manual Moderno.
- Rodríguez, L.B.E. & Ampudia, R.A., (2005). *Evaluación de la agresión en niños víctimas de maltrato*. Simposio: Alternativas para la evaluación e intervención de menores maltratados. V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica (AIDEP). Buenos Aires, Argentina.
- 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.
- Rodríguez, C. M. (2010). Parent-child aggression: Association with child abuse potential and parenting styles. *Journal; Peer Reviewed Journal*. 25 (6). 728-741.
- Rojas, R. R. (2007). Psicoterapia de grupo con niños víctima de maltrato en un albergue de México, D. F. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35 (3). 411 - 428.
- Santaella, H.B.G., Ampudia, R.A., Valencia, R.F.J. & Rivera, C.L.A. (2007). Factores familiares del maltrato infantil. XV Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad Hermosillo, Sonora, México.

- Santaella, G., Ampudia, A., Sarabia, N. & Rivera, A. (2008). Factores de riesgo intrafamiliar del maltrato infantil. Simposio.
- Sanmartín, J. (2005). *Violencia contra niños*. España: Ariel.
- Scott, K. M., Smith, D.R. & Ellis P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Journal; Peer Reviewed Journal*. 67(7). 712-719.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) <http://www.dif.df.gob.mx/juridico/proteccion.html>. Febrero, 2011.
- Soenke, M. Hahn, K. S. & Matthew, T. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Journal; Peer Reviewed Journal*. 34(5), 401-412.
- Solloa, G.L.M. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño, etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: editorial Trillas.
- Sukhodolskya, D.G., Kassinove, H. & Gorman, B. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*.
- UNICEF, (2011). Recuperado en: http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30160.html
- Uslu, R., Kapci, E., Yildirim, R. & Oney, E. (2010). Sociodemographic characteristics of Turkish parents in relation to their recognition of emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 34. 345-353.
- Varela, R. E. (2004). 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.
- Vite, A., Parra, R. & Castillo, O. (2002). El papel de la discriminación materna en el maltrato físico infantil. *Enseñanza e investigación en psicología*. 7 (1). 127-137.
- Weems, C.F. (2005). La respuesta fisiológica y ansiedad de la niñez: La asociación con los síntomas de desordenes de ansiedad y el prejuicio cognoscitivo. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 712- 723.