



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**MANEJO DE LA AGRESION EN NIÑOS
CON SINDROME DE MALTRATO.**

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P r e s e n t a

NORMA BEATRIZ COPPARI GONZALEZ

Asesor: Lic. ASUNCION VALENZUELA
AREA CLINICA

México, D. F.

1984



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.

Universidad Nacional
Autónoma de México

Instituto de Ecología

SECRETARÍA DE ECONOMÍA
COMISIÓN NACIONAL DE VALUACIÓN

Z5053.09
UNAM. 88
1984

2 1 2 1 1
No 20288

CO. de Titulo 1169
INSTITUTO DE ECOLOGÍA

1 1 1 1 1 1 1

NOVA BEATRIZ COPPIN GONZALEZ

SECRETARÍA DE ECONOMÍA
COMISIÓN NACIONAL DE VALUACIÓN

AGRADECIMIENTOS.

A la Asesora Lic. María Asunción Valenzuela,
a la Dra. Emilia Lucio,
al Ing. José Cortéz,
al Mtro. Arturo Silva,
a los Dres. José Valle Burián, Víctor Manuel Guisa
y Joel García Luna,
a las Psicólogas Rosa María González y Carmen Selene Cansino.

A Rossana, Mirian y Pietro

A mis padres
Nidia y Alfredo
porque a pesar de la
distancia brillaron los
principios que con amor,
paciencia y el ejemplo de sus
vidas definieron mi camino y me
dieron la fortaleza y fé necesarias
para salir adelante

A mi esposo Rafael agradeciendo
el amor, la ayuda y comprensión
incondicionales con los que siem
pre me alentó en todos los aspec
tos de mi vida y sin los cuales
no sería realidad el logro de es
ta meta

A mis hermanas quienes con su cariño y apo
yo hicieron fácil y grata mi carrera.

A los niños maltratados, a quienes son incapaces de defenderse, a quienes tienen muy poca o ninguna voz para expresar el abuso, las carencias y penalidades que padecen, a ellos, y muy especialmente, a los niños maltratados con los que compartí, me indigné, denuncié y condené, pero también aprendí a comprender y disculpar el abuso del que eran objeto, va dedicada esta labor.

A la memoria de mi amiga y compañera Doris, cuya breve trayectoria por esta vida terrena dejó en mi el ejemplo de su dedicación y amor por la Psicología, y el recuerdo eterno de nuestra estrecha amistad.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
ANTECEDENTES	5
Investigaciones realizadas con el Test de Frustración de Rosenzweig (PFT)	5
Investigaciones realizadas sobre el tema del Síndrome del niño maltratado	7
ASPECTOS GENERALES SOBRE EL SINDROME DEL NINO MALTRATADO	12
I. A qué se llama maltrato del niño?	12
II. Etiología del maltrato	14
III. Perfil psicológico del agresor	20
IV. Perfil psicológico del niño maltratado	23
V. La relación padre maltratador-niño maltratado. Factores psicodinámicos	25
VI. Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento y Prevención del Síndrome del niño maltratado	27
Diagnóstico	27
Pronóstico	28
Tratamiento	30
Prevención	31
AGRESIVIDAD Y CONDUCTA AGRESIVA EN EL NINO. FUNDAMENTOS PSICOANALITICOS	33
METODO	44
Planteamiento del problema	44
Hipótesis	45
Definición de términos	46
Variabtes	48
Tipo ce estudio	50
Diseño	51
Muestreo	51

Sujetos	52
Escenario	52
Instrumento	52
Procedimiento	55
RESULTADOS	58
Análisis estadístico. Comprobación de hipótesis	58
DISCUSION	64
Interpretación cuantitativa	64
Interpretación cualitativa	67
Perfil de niños maltratados	67
ALCANCES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	70
CONCLUSIONES	73
TABLAS	
BIBLIOGRAFIA	

RESUMEN

El Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños se utilizó como medida para investigar: ¿Cuál es el manejo de la agresión en niños con Síndrome de Maltrato?

Se postuló una Dirección de la agresión Intropunitiva y un Tipo de agresión correspondiente al Predominio del Obstáculo como patrón típico de respuesta esperado en estos niños; también, que dicho manejo de la agresión, presentaría diferencias de acuerdo a la edad y el sexo de los niños maltratados.

La muestra en estudio estuvo integrada por 31 sujetos, 17 niños y 14 niñas, con Diagnóstico de Síndrome de Maltrato, de 6 a 12 años de edad, de Coeficiente Intelectual Promedio Normal como base, de nivel Socioeconómico-cultural Medio Bajo en la mayoría de los casos, y con una escolaridad mínima de Primaria en sus diferentes niveles.

Los resultados indican que el manejo de la agresión en niños con Síndrome de Maltrato, se caracteriza, en la mayoría de los casos, por una Dirección Intropunitiva y un Tipo de agresión correspondiente al Predominio del Obstáculo; y que dicho patrón característico de respuesta, no se ve afectado por la edad y el sexo de los niños maltratados.

El comportamiento de estos resultados no corresponde a ningún otro estudio conocido a la fecha sobre el tema.

INTRODUCCION

La problemática del menor maltratado tiene profundas y dramáticas repercusiones sociales, médicas, psicológicas, jurídicas y éticas que precisa de conocimientos y soluciones impostergables, debido a que su magnitud rebasa los límites de lo hasta ahora revelado.

Conforme a lo revisado recientemente y haciendo propia la voz de muchos pioneros en esta materia, podemos afirmar que el niño es objeto de muy diversas y complejas formas de agresión y crueldad en nuestra sociedad, de la que el maltrato físico es, apenas, la más conocida y tangible de todas las que puede sufrir, y por ello considerada como ajena en su origen y responsabilidad, a nuestro control. Muy emparentada con este problema, existe una forma de agresión de la que todos, sin excepción, somos autores pasivos y por tanto también responsables; es la más velada de las crueldades, aquella que se desarrolla y ejecuta dentro de un marco de ignorancia, insensibilidad, inintencionalidad, y más que nada, de pasividad; esta sucede cuando las leyes presentan profundas lagunas o cuando no existe acatamiento de las mismas; cuando se da la ausencia de instituciones o faltan el deseo y la voluntad para establecerlas; o finalmente, cuando por incapacidad o ineficiencia de aquellas se abandonan la prestación de servicios sociales, de ayuda y protección a los más indefensos y necesitados miembros de nuestra sociedad, aquellos que sin ella no poseen la más mínima posibilidad de crecer, y en la mayoría de los casos, ni siquiera de sobrevivir: "aquellos niños maltratados".

Al entrar a tratar el tema del "Síndrome de Maltrato", nos percatamos de su gran extensión y complejidad, y por ello estamos concientes de los muy limitados alcances del esfuerzo llevado a cabo.

Con esta investigación se hace una modesta aportación, deseando que, en el futuro no lejano, se realicen estudios de mayor solidez y profundidad, que enfoquen el problema del menor maltratado y su familia en forma global.

El presente trabajo se centró en un aspecto muy bien delimitado y parcial de la problemática del maltrato a los niños; el mismo se cuestiona "el manejo de la agresión ante la frustración en un grupo de ni

ños con Síndrome de Maltrato, haciendo uso del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños".

El marco de referencia o substrato teórico en el que se basó el planteamiento del problema y formulación de las hipótesis de investigación, surgen de la práctica y experiencias adquiridas en el transcurso de un año de trabajo en la Clínica PREMAN del Instituto Nacional de Salud Mental-DIF, con niños maltratados y sus familias. Es allí, donde tras el contacto, la observación cuidadosa, el estudio y la intervención directa de cientos de casos, que se pudo apreciar la presencia de características comunes de personalidad en los niños con diagnóstico de Síndrome de Maltrato, y lo que es más importante para el objetivo de este estudio, llamó la atención en la mayoría de los casos, un patrón casi uniforme o típico de respuesta ante la intensa y permanente carga de agresión de que eran objeto por parte de sus agresores.

No se pretende desarrollar aquí el enfoque o punto de vista mencionado, ya que de él nos ocuparemos más adelante, en forma detenida y minuciosa; solo se pretende aclarar que fue este marco más experiencial que teórico, y el de la Teoría Psicoanalítica de la agresión los que sirvieron para cuestionar el problema en estudio.

El interés hacia el tema en general del "Síndrome de Maltrato", y en especial por el aspecto ya señalado, surgió debido a que se cuenta en México con muy escaso material bibliográfico y de investigación al respecto; de ahí que desde el inicio estuvimos concientes de pisar un terreno casi inexplorado y por consiguiente las pretensiones no fueron muy ambiciosas.

Los datos obtenidos no pueden ser generalizados más que a la muestra y población de niños con Síndrome de Maltrato de la Clínica PREMAN del I.N.S.M.-DIF, institución que permitió llevar a cabo esta labor.

No obstante el aspecto señalado, el mérito mayor del presente trabajo, consiste en contar con una muestra de estudio, en cuya selección se invirtió un año de ardua labor, cuidando que esta fuera lo más representativa posible y sobre todo, tratando de superar al máximo las limitaciones de estudios previos. En especial, esta investigación provee una mejor aproximación al universo del niño maltratado, al hacer y so, únicamente de casos "reportados y confirmados" de abuso como pobla

ción base, sumandose a ello un meticuloso muestreo individual de similitudes en estilo de vida y experiencias entre los sujetos seleccionados para la muestra. Así mismo, la más importante aportación de este trabajo, consiste en revelar un aspecto clave, nuclear de la problemática del menor maltratado: el manejo que él hace de su propia capacidad de agresión almacenada y en la mayoría de los casos reprimida ante las constantes carencias y frustraciones de sus más elementales necesidades de amor, seguridad y cuidados; y sobre todo, la agresión potencial que puede llevarlos a convertirse en adultos, padres que repiten el mismo patrón con sus hijos, que llevarán consigo una carga de ira, que si bien tiene un origen histórico, los incapacitará en su vida futura. Con este razonamiento, se puede pensar que esta labor no solo fue dirigida a los "niños maltratados", sino también a los autores del maltrato: casi siempre y muy lastimosamente, sus padres, que en la mayoría de los casos han sufrido igualmente del abuso físico, emocional y la privación por parte de sus progenitores.

Finalmente, queremos hacer aquí un llamado muy especial acerca de la urgente e impostergable necesidad, de prestar atención a la familia, ya que ella es responsable de sentar las bases para la organización y la integración de la personalidad de los individuos. Es imperativo precisar e insistir, en que la esencia de la familia es el amor, solo él impedirá el abuso y los malos tratos, y hará que la familia cumpla con sus funciones de criar, educar y proveer los valores de la vida en sociedad, haciendo que su seno sea el ambiente idóneo para que los hijos crezcan, se desarrollen y aprendan a construir más tarde, con capacidad y alegría.

A los niños maltratados, a quienes son incapaces de defenderse, a quienes tienen muy poca o ninguna voz para expresar el abuso, las carencias y penalidades que padecen, a ellos, y muy especialmente a los 31 niños maltratados con los que compartí, me indigné, denuncié y condené, pero también aprendí a comprender y disculpar el abuso del que eran objeto, va dedicada esta labor.

ANTECEDENTES

Investigaciones realizadas con el Test de Frustración de Rosenzweig (PFT)

En principio, es necesario señalar que la prueba de Rosenzweig, no se encuentra aún estandarizada a la población de México, lo que significa una limitante en su uso; y en general, existen muy escasas investigaciones con el mencionado instrumento en nuestro medio.

Un trabajo pionero en esta materia, es la "Traducción y Adaptación a México de la Prueba de Rosenzweig", que llevó a cabo María Trinidad Berrun, ya que si bien no se lo puede catalogar de formal estandarización mexicana, proporciona una aproximación, a más de observaciones y ajustes que permiten, con las precauciones debidas, el empleo de la forma para adultos en México. (6)

Otro estudio en el cual se utilizó el PFT en combinación con otras pruebas, es el citado por Cuevas Ocampo y Olvera Osorio, que lleva por título "La psicodinamia del prejuicio" de Ramón Mon Pinzón (1966) En el se aplicó el PFT como medida de las respuestas ante la frustración en población infantil de 7 y 8 años de edad, correlacionando dichas medidas con las obtenidas en otras pruebas para la variable de prejuicio. (12)

Más recientemente, Cuevas Ocampo y Olvera Osorio, aplicaron el PFT a 100 niños de cuarto grado de primaria, entre 9 y 10 años de edad, elegidos aleatoriamente, que provenían de dos escuelas oficiales, con la intención de probar si existían o no diferencias en la Dirección de la respuesta ante la frustración entre niños y niñas. Su planteamiento fue, que los primeros responderían más Extrapunitivamente que las segundas, para quienes se pensó que la Dirección sería Intropunitiva. Los resultados que obtuvieron señalan que no existen diferencias significativas entre ambos sexos. Consideramos que la aportación más importante de este estudio es el intento, que de hecho se logró, por establecer rasgos típicos para el CGR (Clasificación de Conformidad al grupo), en el cual se obtuvo más de un 40% en la frecuencia de respuesta a cada lámina. A partir de esta aplicación, se cuenta con un

parámetro de CGR para la población mexicana infantil, con las características mencionadas anteriormente, siendo talvez su limitación, lo específico de la muestra a la que se aplicó, lo que no permite una extrapolación más allá de estos marcos de referencia. Por otra parte, otra limitante del estudio sería la sola consideración de las respuestas de Dirección ante la frustración. (12)

Finalmente, Diéguez y Rodríguez Samuel aplicó el PFT en lo que llamó "Estudio Comparativo de las Respuestas ante la Frustración de hijos de padres divorciados e hijos de padres integrados mediante la prueba PFT" (16); y Cansino Ortiz realizó con la misma prueba un "Estudio Comparativo sobre la agresión en adolescentes infractoras prostitutas y no prostitutas". (9)

Hasta aquí, se puede señalar como significativo para los propósitos de esta investigación, que en México, a la fecha no se ha llevado a cabo ningún estudio con las características del presente utilizando el PFT.

La revisión sobre investigaciones realizadas en el extranjero con el PFT, no fué tampoco muy afortunada, por lo que respecta a estudios realizados recientemente, de ahí que los que se citan brevemente sean estudios clásicos que carecen de actualidad, más no de vigencia o validez.

S. y L. Rosenzweig, en una investigación sobre niños con problemas, de una Clínica de orientación, comparados con niños normales, encontraron diferencias persistentes entre ambos grupos, mostrando los pacientes puntajes Extrapunitivos algo más altos que los normales en todos los niveles de edad, y puntajes Intropunitivos correspondientemente más bajos. (66)

R. G. Ferguson, estudió 32 niños con serios problemas de conducta y comparó sus puntajes del PFT con las anamnesis en cuanto a su relación con la estabilidad hogareña y de los padres. Seleccionó los patrones Superyoicos del PFT y demostró que la mitad de los sujetos con puntajes Superyoicos más bajos, tenía la más alta frecuencia de inestabilidad hogareña y en los padres. Así, el PFT pudo discriminar entre niños de hogares mejores y los de hogares deficientes. (20)

En un estudio con 102 niños mentalmente retardados, de 6 a 13 años

de edad, Angelino y Shedd obtuvieron algunas diferencias significativas con respecto a los normales, que apuntan en la misma dirección que los hallazgos anteriores sobre niños con problemas comparados con niños normales. (4)

La delincuencia ha sido una de las áreas en que el PFT tuvo una amplia aplicación. Así, Lindzey y Goldwyn compararon 40 niños delincuentes, de 12 a 13 años de edad, con 50 no delincuentes. Comprobaron que, contrariamente a las expectativas, los delincuentes tenían altos puntajes Intropunitivos e Impunitivos, bajo puntaje Extrapunitivo y un CQR alto. (46)

Además de estas aplicaciones a la investigación, de pertinencia fundamentalmente clínica, se han realizado estudios con el PFT donde se buscaban demostrar diferentes propósitos teóricos. Así, sobre diferencias sexuales, comparaciones interculturales, etc.

Finalmente, se cita la única investigación hallada en el extranjero del PFT con población de niños maltratados. De ella nos ocuparemos más extensamente al hablar de las investigaciones sobre el Síndrome del niño maltratado, teniendo en cuenta que es el antecedente más significativo para los propósitos de este trabajo.

Se trata de un estudio comparativo entre niños abusados y no abusados de E. Milling Kinard, donde inicialmente utiliza a más del PFT otros instrumentos como la Escala de Autoconcepto para niños de Piers-Harris y el Test de Tareas de Desarrollo emocional (TED), con el propósito de clarificar los efectos del abuso sobre el desarrollo emocional del niño abusado. (41)

Investigaciones realizadas sobre el tema del Síndrome del niño maltratado

Si bien es cierto que el tema del "Síndrome de Maltrato" ha tenido una gran difusión en los últimos años, por lo que respecta a publicaciones y trabajos de investigación, también es un hecho que el interés y la preocupación por este problema en México, se ha suscitado recién a partir de los años 1970-1977, en que se llevaron a cabo conferencias, jornadas y un Primer Simposium que culminó con la publicación

del estudio más importante realizado en nuestro medio por el Dr. Jaime Marcovich, en el cual a partir de la revisión de notas periodísticas publicadas en un período de 14 años, se encontró un total de 686 casos en toda la república (52), cifra esta que no refleja en nada la realidad nacional, ya que el número de menores golpeados permanece en el anonimato, pues múltiples casos no son publicados por los medios de información e inclusive muchos hechos de malos tratos a los niños no llegan al conocimiento de las autoridades competentes.

[En términos generales, en México no existen a la fecha trabajos de investigación o estadísticos solidamente estructurados, que reúnan el requisito básico de una muestra de trabajo verdaderamente "representativa", y por lo tanto, confiables y útiles respecto a los niños maltratados.]

[Por otro lado, en otros países se han elaborado estudios sobre el tema, que si bien no pueden ser relacionados directamente con la realidad nacional, es factible que den una idea muy general de la magnitud y naturaleza de este problema.] Son estos trabajos, y los escasamente realizados a nivel nacional los que han servido de antecedentes para abordar el tema del "Síndrome de Maltrato" de una manera global, ya que considerando el aspecto más específico de este trabajo: manejo de la agresión en niños maltratados, fué casi imposible obtener datos o estudios encaminados exclusivamente a este objetivo.

Se mencionan dos trabajos de Tesis nacionales muy recientes sobre el tema del niño maltratado. Ellos son, el de Marquéz y Jiménez, quienes realizaron un "Estudio Comparativo de los trastornos de la afectividad en niños golpeados y no golpeados" (53); y el de O. Chavez, quien llevó a cabo un "Estudio Descriptivo de algunos aspectos del desarrollo emocional de un grupo de niños escolares con Síndrome de niño maltratado". (60)

Los que siguen son trabajos de investigación que sobre el tema se llevaron a cabo en el extranjero.

Elmer y Gregg llevaron a cabo un estudio retrospectivo sobre las características de desarrollo de un grupo de 20 niños abusados, los cuales fueron evaluados al ser admitidos en el Hospital de Niños de Pittsburgh, y posteriormente un año después.

Los siguientes resultados pertenecen a los 20 casos que fueron: 1. tratados en el Hospital de niños. 2. reevaluados un año más tarde. 3. unánimemente juzgados abusados.

Muchas de las 20 familias vivían en zonas urbanas de Pittsburgh o pequeñas comunidades vecinales, eran de estatus socioeconómico bajo, de religión protestante, de los 20 niños estudiados, 13 fueron blancos y 7 negros, 10 fueron niños y 10 niñas.

En general, 8 de los 20 niños fueron diagnosticados con disturbio emocional; 4 leves, 2 moderados y 2 severos.

El C.I. de los 20 niños va de 52 a 103, 50% debajo de 80. Esto demuestra, que mientras que ninguno fué severamente retardado, tampoco ninguno obtuvo un C.I. alto en inteligencia.

Siete de los 20 niños presentaron defectos físicos claramente relacionados a las viejas injurias, muchos de ellos representaban desventajas de alguna magnitud.

En conclusión: solo dos de los 20 niños fueron normales en todas las áreas consideradas, por lo tanto se confirma la especulación de que el abuso físico severo es predictivo de dificultades inusuales en el desarrollo. Sin embargo, una sola condición resulta claramente del solo abuso: el defecto físico de un tercio de los niños. (49)

E. Milling Kinard (41) realizó un estudio comparativo sobre el "Desarrollo emocional en el abuso físico del niño", que es el que más se aproxima en parte, como antecedente, a la investigación que llevamos a cabo.

Dos fueron las hipótesis formuladas: 1. Que el niño abusado tendría significativamente, un autoconcepto más negativo que los niños no abusados. 2. El niño abusado manejaría sus impulsos agresivos de una manera significativamente más agresiva, o Extrapunitiva o Intrapunitiva, que los niños no abusados.

Treinta casos de los reportados como abuso cumplieron con los 5 requisitos de inclusión: 1. el reporte de abuso fue verificado. 2. el abuso fue definido como abuso físico. 3. un mínimo de un año desde iniciado el abuso al reporte. 4. el niño reside en la ciudad donde el oficio regional fue localizado durante el período de estudio. 5. el niño tiene una edad de 5 a 12 años, y asiste a una escuela durante el

tiempo de estudio. El grupo control estuvo compuesto de 30 niños provenientes de familias que nunca habían tenido reportes de abuso. Ambos grupos fueron muestreados en 8 variables: edad, sexo, raza, orden de nacimiento, número de niños en la familia, estructura parental de la familia, estatus socioeconómico, y tipo de residencia y vecindario.

Fuentes de datos fueron: los expedientes clínicos y los tests psicológicos. De los primeros se obtuvo toda la historia del sujeto. Los tests psicológicos aplicados fueron: la Escala de Autoconcepto para niños de Piers-Harris, el test de Frustración de Rosenzweig y el test de Tareas de Desarrollo emocional (TED).

Los resultados y conclusiones del autor son los siguientes: [los niños abusados se encontraron significativamente diferentes de los controles, en las cinco áreas de desarrollo emocional exploradas: autoconcepto, agresión, socialización con el grupo, establecimiento de confianza con la gente y separación de la madre.]

En cuanto al autoconcepto: [las respuestas de los niños abusados correspondieron a descripciones de sí mismos como más malos, retraídos, infelices, deprimidos, impopulares, desobedientes en casa, carentes de dirección propia, haciendo cosas malas, y creyendo que sus padres sospechan demasiado de ellos, a diferencia de los no abusados.] Además de esta generalizada depresión, infelicidad y maldad en los niños abusados, es notable también otros específicos aspectos de autoconcepto, como pobre relación con sus pares o escasa habilidad escolar. En el niño abusado el sentido de identidad no está bien formado.

Con relación a los resultados sobre agresión: los hallazgos de que los niños abusados fueron más extrapunitivamente agresivos que los controles, particularmente con sus pares, corroboraría reportes de otros estudios, en que los niños exhiben elevada agresión hacia sus iguales. Si la conducta agresiva en niños maltratados, está encadenada a su experiencia como blanco de la agresión física del adulto, entonces, la incrementada agresión hacia otros niños puede representar un desplazamiento de la respuesta agresiva hacia el adulto agresor. La directa expresión de agresión hacia el adulto agresor, puede ser percibida por estos niños como incremento de probabilidad de nuevo abuso.

El TED revela que los niños abusados tienen un alto nivel de maduración en motivación para realizar tareas.

Otras mediciones sugieren, que los niños abusados tienen más dificultades en la tarea de socialización con la pareja del grupo, que los no abusados. Además, se perciben ellos mismos como seres tratados diferente de otros niños.

Los niños abusados tienen más dificultades que los no abusados para establecer confianza con otros. Dicha incapacidad para desarrollar un sentido de confianza, puede deteriorar seriamente la capacidad para relacionarse con otras personas.

Finalmente, los niños abusados expresan más dificultades que los no abusados, en la habilidad o tarea de separación de la madre, lo cual tiene implicaciones importantes para su capacidad de relación con otros, como niños, y más tarde como adultos.

Kinard (42) retoma el estudio que acabamos de describir en otro artículo, donde se limita a analizar las respuestas al Rosenzweig de una manera diferenciada, considerando por separado las respuestas a las láminas (1, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 24), donde se dan situaciones de frustración niño-adulto, es decir que la figura frustradora en estos casos es el adulto; y las láminas (2, 3, 6, 8, 9, 12, 18, 20 y 21), donde la situación frustrante niño-niño tiene como frustrador a los pares del sujeto frustrado. De tal análisis, concluye que los niños abusados tienden a tener más altos puntajes Extrapunitivos y bajos Impunitivos que los no abusados. Pero cuando las láminas fueron clasificadas de acuerdo a las interacciones niño-adulto, niño-niño, no se presentaron diferencias entre los dos grupos en cualquiera de las tres direcciones de agresión para los items niño-adulto. Para los items niño-niño sin embargo, fueron encontradas diferencias significativas para ambos puntajes, Extrapunitivo e Impunitivo. Los niños abusados tuvieron más altos puntajes Extrapunitivos y bajos Impunitivos que los no abusados. Se dió una tendencia, para los no abusados a tener puntajes Intropunitivos más altos que los no abusados.

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

I. A qué se llama maltrato del niño?

✓ D. Lagerberg expresa: "maltrato del niño" no es una simple obra de injuria física. Las injurias pueden ser también mentales o psicológicas. Además, la violencia contra los niños puede tomar una forma activa o pasiva. La violencia activa, ocurre cuando padres o guardianes por sus explícitas acciones, abusan o descuidan al niño, física o mentalmente. La violencia puede ser pasiva, cuando el niño es, de alguna manera, insuficientemente protegido del daño, sin existir intención alguna, de parte de padres o guardianes, de causar daño al niño. El autor sostiene, que la mayor parte de la literatura revisada por él, enfatiza solamente la injuria física activa. Sin embargo, D. Lagerberg ha comprobado y está conciente de la existencia de lo opuesto, la injuria pasiva mental, la cual tiene riesgos de desarrollo muy desfavorables, debido a factores de daño en la casa, como crisis maritales, desempleo, adicción a drogas o alcohol, etc. (43)

✓ Henry Kempe considera que el maltrato infantil hace suponer la existencia de un niño golpeado, pero que es, en muchos casos difícil, conocer exactamente la relación causa-efecto. Utiliza cuatro categorías para clasificar el maltrato: violencia física, abandono físico y emocional, maltrato emocional y explotación sexual. ✓

✓ La violencia física implica, la existencia de actos físicamente nocivos contra el niño; habitualmente queda definida por cualquier lesión infligida, así, hematomas, quemaduras, lesiones en la cabeza, fracturas, daños abdominales o envenenamiento. Estas lesiones requieren atención médica, aún cuando el niño no la reciba. ✓

✓ El abandono, la negligencia física y emocional, implican un fallo por parte del progenitor, en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. La negligencia física incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien, la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales. Incluye también, la negligencia referida a la nutrición, cuya consecuencia es un déficit en el desarro-

llo físico, mostrando con frecuencia los niños que lo padecen, otros signos de abandono, como falta de aseo y alteraciones emocionales; establecen difícilmente comunicación con los demás, están deprimidos, apáticos y retrasados en cuanto a su desarrollo.

El maltrato emocional, acompaña casi siempre al abuso físico, pero también puede darse en casos, en que los cuidados físicos son buenos, ocasionando entonces, el mismo daño a la personalidad en vías de desarrollo. Se dan casos flagrantes de niños a los que se deja atados en un cuarto, sótano o armarios, pero son mucho más corrientes, formas sutiles de maltrato emocional, en los que el niño es constantemente aterrizado, regañado, chantajeado, devaluado o rechazado.

La explotación sexual, supone malos tratos sexuales como incesto, abusos y violación. (37)

Muchos autores basados en esta clasificación de las formas de maltrato realizada por Kempe, han derivado otras más amplias y complejas.

Otra clasificación, que constituye una concentración o unificación de las que han sido utilizadas con mayor frecuencia por investigadores como los Doctores Marcovich, Foncerrada, Ruiz Taviel y otros en México, es la siguiente: abuso físico, abuso sexual, descuido nutricional, abuso emocional, menosprecio a los cuidados médicos, envenenar o drogar, y abuso como fuerza de trabajo.

No se entrará en detalle con respecto a esta última clasificación, solo basta agregar que para los efectos del presente trabajo se consideró tanto la distinción realizada por D. Lagerberg, como las tres primeras categorías propuestas por Kempe. No se incluyen en la muestra casos de abuso sexual, dado que lo consideramos, al igual que el mismo Kempe, como un caso muy especial, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

También es necesario enfatizar, que a pesar de la utilidad didáctica que pueda tener una clasificación en categorías separadas, de los tipos de maltrato al niño, en la práctica se puede comprobar que dichas categorías no son mutuamente excluyentes, sino que la mayoría de los casos, se conjugan, traslapándose e interactuando entre sí. Así, se pudo apreciar que el abuso físico y emocional son inseparables

cuando el primero está presente, no así en la situación inversa.

II. Etiología del maltrato

El Dr. Miguel Foncerrada, y la mayoría de los estudiosos del problema que nos ocupa, sostienen que el maltrato no puede explicarse, ni menos aún identificarse solo por la existencia de unos cuantos patrones. Se ha hecho evidente que no existen tesis, por sí mismas sean suficientes para explicar satisfactoriamente este fenómeno, que se considera de origen multifactorial. (21)

Habiendo aclarado este punto, lo que sigue es un intento de varios autores, por esclarecer los factores o causas que provocan el maltrato.

Osorio y Nieto (62), contempla factores individuales, familiares y sociales como causas del maltrato. Hace la salvedad que dicha división es solo con fines de exposición, ya que dichos factores, en la mayoría de los casos, se entrelazan e interrelacionan mutuamente.

Factores individuales: los agresores, casi siempre padres o tutores, tuvieron ascendientes que los maltrataron, ocasionandoles lesiones físicas y emocionales, que los condujeron a experimentar hacia sí mismos, sentimientos de rechazo y subestimación. /

La frustración de los padres maltratadores se origina según el Doctor Mooring, en una infancia difícil, de humillación, desprecio, crítica destructiva y maltrato físico, que hizo que llegaran a la edad adulta sin autoestima ni confianza, proyectando sobre los demás y sus hijos esa vida de precariedad y maltrato. (57)

En muchas ocasiones, las madres desarrollan agresividad contra el supuesto culpable de sus pechos flácidos, caderas deformadas, obesidad, várices, hemorroides, etc., es decir, el hijo.

Otras madres, solo aman a sus hijos y se sienten necesarias cuando estos enferman, y el maltrato produce una debilidad o "enfermedad", que les hace amarlo y sentirse necesarias.

Otro factor muy importante, es la incapacidad para comprender y educar al niño. Para el autor, el factor determinante que motiva a los adultos a maltratar a los niños es la "falta de amor".

Factores familiares: los malos tratos a los niños pueden generarse cuando estos no han sido deseados, cuando provienen de uniones extra-matrimoniales, cuando son adoptados o incorporados a la familia en alguna otra forma ya sea transitoria o definitiva, o cuando son producto de uniones anteriores.

En las familias en las que se da el maltrato, generalmente, la vida es desordenada, existe inestabilidad y desorganización hogareña, desavenencia conyugal, penuria económica, enfermedades, conductas antisociales, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficientes o mal preparados, habitaciones inmundas, mala administración del dinero, si es que lo hay, desempleo o subempleo, embarazos no deseados, expulsiones en la escuela; en resumen, desintegración del núcleo familiar o cuando menos disfunción.

Si bien este es el perfil habitual de la familia donde se da el maltrato, en algunos hogares bien integrados, con una sólida base económica donde el niño es deseado y recibido con beneplácito, también pueden darse hechos de malos tratos.

Factores sociales: para el Doctor Halberstam, los malos tratos contra los niños se producen en todas las clases sociales y niveles económicos, en todas las razas, nacionalidades y religiones. (33) Por su parte, el Dr. Mooring sostiene, que si bien la opinión generalizada considera que el problema se restringe a grupos de escasa instrucción y de nivel socioeconómico inferior, "el hecho es que el abuso de los menores ocurre en todos los grupos socioeconómicos y en todas las clases sociales, inclusive en las familias de profesionales". (57) Sin embargo, Straus y Wolf señalan que, en general, los niños maltratados provienen de "familias desheredadas", y Verbeeck apunta que "la mayoría de los agresores provienen de grupos sociales pobres o minoritarios". Además, Verstandanl manifiesta que del estudio de 95 adultos agresores, 52 pertenecían a las clases inferiores de la sociedad. (62)

Iñigo Laviada opina que los malos tratos a los niños, a los que califica de "crímenes horribles", se presentan en hogares de clase media, pero estos tienen menor publicidad porque se evita la intervención de las autoridades. (45)

Se tuvo oportunidad de confirmar, que a medida que se asciende en

4.

suge-
ren-
cias

3.3

la escala socioeconómica y de progreso, a niveles profesionales, de bienestar material y cultural, el maltrato se vuelve cada vez más sofisticado, sutil, y por consiguiente, con mayores posibilidades de ocultarlo o disimularlo. Y lo que quizás sea más grave todavía, a estos niveles, es que al escapar los padres de la denuncia pública, las posibilidades de ayuda y tratamiento a los niños y sus padres, es nulificada totalmente, desconociéndose las reales magnitudes y gravedad del problema en esos estratos superiores.

El castigo físico como patrón disciplinario de conducta, su identificación con la norma de educación, y la falta de sensibilidad de la colectividad con respecto a este problema, son otros dos factores que influyen en la realización de estos hechos. (62)

La exposición que hace Osorio y Nieto sobre las causas posibles del maltrato, si bien no agotan la interminable lista de ellas, plantea las más frecuentes y sobre todo reconocidas en el medio nacional, como también las que se dan en otros países.

D. Lagerberg encontró que los factores propuestos como explicación para el abuso físico, negligencia y fallas en el desarrollo de los niños, pueden ser agrupados en tres principales categorías o modelos etiológicos. (43)

— Individuales y familiares: esta visión considera que la violencia contra los niños y fenómenos relativos, resulta de características individuales de los padres o características familiares, por instancias de dificultades maritales. Otras características asignables a este modelo son disturbios emocionales en los padres, enfermedades físicas y mentales, deficiencias intelectuales, problemas socioeconómicos como precariedades en la casa, desempleo, conducta antisocial como adicción alcohólica o a drogas, criminalidad, violencia entre adultos y aislamiento.

Kempe entre otros, enfocó su atención en los disturbios emocionales de los padres. (38)

Steele y Pollock, también han enfatizado el daño de la influencia de la crítica, de la excesiva demanda y carencia de amor en la vida temprana de los padres abusivos. (71)

Smith por su parte, tiene cabalmente exploradas características psi

quiátricas, psicológicas y sociales de los padres abusivos. (70)

Eventos: otra especial categoría es la de los "eventos modelos", donde es asumido que algo pasa, algún evento ocurre como causas de ruptura en la relación entre madre y niño. En los casos desafortunados, el final resultante de tal ruptura puede ser daño o abuso. Los siguientes seis factores o eventos muestran una estadística significativa, relacionada con el abuso del niño: embarazo anormal, anormal trabajo de parto o nacimiento, separación neonatal, otras separaciones en los primeros seis meses, enfermedades en el primer año de vida, enfermedades en la madre durante el primer año de vida del niño. La interpretación de Lynch, es que los factores causan una falla de enlace entre madre y niño con el último resultado del abuso. (48)

Factores estructurales: se refieren a la influencia de factores de stress. del medio ambiente: cultural, social y económico. Gil seguidor de este enfoque, cree que el abuso físico es principalmente resultado de factores estructurales, por instancias de violencia interpersonal, sancionadas culturalmente en normas de la pasada niñez, en variedad social, étnica, grupos nacionales y cambios de factores ambientales. El remedio para Gil, es eliminar la pobreza y condiciones desfavorables de vida en la población. (28)(29)

Conceptos adicionales: un complemento de los modelos etiológicos presentados serían los siguientes conceptos adicionales, que ayudarían a la clasificación de casos de abuso en el niño: causa temprana-causa tardía. La primera sería el stress emocional de los padres en su propia niñez; la segunda se referiría al stress y desastres ocurridos en la vida tardía, por lo tanto inmediatamente antes de la incidencia del abuso. Causas predisponentes-causas precipitantes. Una enfermedad crónica, desempleo crónico, pueden ser factores predisponentes para la ocurrencia del abuso; sin embargo, la intoxicación alcohólica, una riña familiar o súbito stress adicional son ejemplos de causas precipitantes. Causas generales-causas específicas. Esta distinción se tiene que hacer del hecho que alguno, pero no todos, los casos de abuso o daño, son debidos a largos inteligibles factores "factores generales" los cuales pueden ser facilmente observados en la situación de la vida familiar, y son generalmente conocidos como

3.1
3.2
3.3

fomentadores de situaciones de riesgo, por ejemplo dificultades económicas o adicción alcohólica. Causas específicas por otro lado, juegan una parte solo en casos individuales, así cuando una madre es incapaz de enfrentar su relación a un niño especial, principalmente porque el niño es algo "inferior" a ella; por ejemplo, por la existencia muy parecida a la de ella o a la del otro padre. La relación entre padres y niño es afectada en una manera específica que puede llevar a una conducta neurótica o psicótica. (43)

En nuestra opinión, ningún simple modelo puede ser considerado la verdad única, la única que explique todo. Ciertamente, el más fructífero y constructivo camino sería aplicar una combinación de los tres modelos, ayudados por los conceptos adicionales, colocando énfasis en uno u otro de acuerdo a las características y circunstancias del caso particular.

M. Helfer ha postulado que deben presentarse tres componentes principales para que se dé el maltrato: 1. predisposición al abuso por parte del adulto. 2. un tipo especial de niño. 3. crisis o una serie de crisis. (35)

Más recientemente, A. Smith agregó un cuarto componente a los de Helfer, denominado "tolerancia cultural", el cual se refiere a que la comunidad acepta el castigo corporal con fines disciplinarios. (69)

Finalmente, L. Chagoya reconoce diez causas como responsables del abuso de los padres hacia sus hijos. Se citan solo algunas ya que muchas de ellas han sido mencionadas en clasificaciones previas: 1. el miedo a perder la autoridad sobre los hijos; es decir, una amenaza que los padres sienten hacia su propia dignidad y respeto. 2. la sensación de fracaso y frustración que los padres sufren cuando su hijo no corresponde a expectativas poco realistas. Estos padres no desean destruir al hijo, sino que tratan de lograr por medios absurdos el cumplimiento de un ideal. 3. la agresividad o la destructividad pueden ser el resultado de la impotencia. Los seres humanos que no pueden actuar constructivamente, sufren tremendamente y toman entonces actitudes de autoritarismo irracional, impositivo y sádico, aunque sea dentro de la familia. Tratan de suplir con agresión la imposibilidad de crear una relación productiva con otros seres humanos. En

estos casos, las actitudes agresivas hacia los hijos son el resultado de una vida no realizada, no creativa, mutilada. Así los padres, llegan a convertir a sus hijos en cosas, en objetos de su dominio total, tratando de darle sentido a sus propias vidas, y experimentar la capacidad y potencia sobre otros seres humanos. (26) 4. un grupo especial es el de los padres que agreden a sus hijos por celos. Como a estos progenitores nadie les prodigó cuidados y ternura en su propia infancia, aparece en ellos un resentimiento intenso ante el bebé o el niño que exige o requiere lo que ellos nunca recibieron. 5. ante los hijos adolescentes, si la fuerza, la frescura, la valentía o las oportunidades de que gozan los hijos provocan envidia a los padres, aparecen actitudes devaluadoras, chantajes morales, manipulación de recursos económicos y otras medidas de pseudodisciplina que no son sino la expresión de la envidia mencionada y del miedo a perder el control sobre la progenie, que es una variante del miedo a la soledad. (13)

Para terminar, agregamos dos últimos factores que durante nuestro trabajo con niños maltratados y sus familias era muy frecuente encontrar. El primero, se trata de un elemento que se definiría como "autocastigo" extremo. Mientras más joven sea una vida humana, más nos parece ser una extensión de nosotros mismos, y por consiguiente, más nos identificamos con ella. La hipótesis es, que para un padre con intensos sentimientos de autoodio, la expresión de esos sentimientos hacia un ser, quien en cierto sentido, parece ser la extensión de él mismo, se convierte en una forma extrema de autocastigo. La expresión que traduciría esto sería "estoy castigando aquello que es inaceptable en mi mismo" (En estas circunstancias, el hijo se convierte para el padre en un recordatorio o espejo permanente de sus rasgos físicos o de personalidad indeseables, actuando como factor desencadenante del maltrato. El otro factor, se refiere a que algunas veces, el padre proyecta en el niño las características o cualidades del otro padre, y estas proyecciones pueden ser el factor clave del maltrato. Con mucha frecuencia, se escucha a las madres maltratadoras decir, "es igual a su padre", siguiéndole después, una explicación amplia de "lo malo" que era o es el padre, haciéndose obvio que en estos casos, la madre está maltratando al padre que percibe en el hijo.

Hay que señalar, que esta descripción de los posibles factores del maltrato, según los diferentes autores presentados, es de gran ayuda en el momento de identificar el problema y sugerir el tratamiento apropiado, a pesar de que dichas clasificaciones no agoten y se sobrelapen en muchas ocasiones, al tratar de abordar el difícil problema de la etiología del maltrato.

III. Perfil psicológico del agresor

Steele y Pollock indican que los sujetos que maltratan a los niños han sido descritos: "inmaduros", "impulsivos", "dependiente", "sadomasoquistas", "egocentricos", "narcisistas", "exigentes"; que estos adjetivos, si bien son apropiados, sin embargo dichas características están tan difundidas entre la población general, que constituye un débil apoyo para una comprensión específica. Debido a esto, los autores han buscado un "modelo" constante de comportamiento en estos padres, el cual pudiera existir con otros trastornos psicológicos, aunque también, independientemente de ellos, y que correspondería a un modelo específico de educación que se hallaría en la propia historia de los padres. Este modelo describiría dos elementos básicos: espera y exigencia opuesta por parte del padre para el rendimiento del niño de pecho; falta de consideración por parte del padre, para con las necesidades propias del pequeño, de sus capacidades limitadas, de su impotencia. (71)

I. Kaufman ha llamado a este mismo fenómeno "distorsión de la realidad" por parte del padre y de "percepción aberrante del niño pequeño": "el niño no es percibido por parte del padre, sino solo una cierta figura delirante", "puede ser percibido como la porción psicótica del padre, que este desea dominar o destruir". (36)

Para Morris y Gould lo que sucede es que el padre obra, a veces, como si fuera un niño asustado, desamado, que busca en su propio hijo a un adulto capaz de procurar amor y consuelo, llamando a esta situación "inversión del rol". (58)

I. Kaufman sostiene que "otros padres extremadamente infantiles que desean ser bebés, muestran un resentimiento contra la dependen-

cia y las necesidades de su hijo, y expresan este resentimiento por vías hostiles, proyectan sus dificultades sobre su hijo y tienen la impresión de que el niño es la causa de las mismas". (36)

R. Galdston considera que estos padres no difieren de los otros por la cantidad o calidad de su violencia, sino que han fracasado en el dominio de este potencial, por no haber adquirido la capacidad de abstraer, de simbolizar y de desplazar la cólera derivada de la frustración de sus deseos. Se sienten ofendidos por sus hijos preverbales porque estos les recuerdan una situación pasada personalmente frustrante que ellos no fueron capaces de dominar y asimilar. (27)

Merril describe cuatro grupos distintivos de rasgos de la personalidad de los padres que maltratan. El primero se caracteriza por hostilidad y agresividad. El progenitor parece mostrarse continuamente enojado. La ira está mal dominada y puede dirigirse contra el mundo en general o contra cierto objeto específico. El ataque al niño representa una acción emocional explosiva ante un hecho irritante. El segundo grupo se caracteriza por rigidez, compulsión y falta de afecto, de razón y flexibilidad en su pensamiento y sus creencias. Las madres de este grupo rechazan, se centran en sí mismas y se preocupan principalmente de sus intereses propios. Son incapaces de experimentar o exhibir afecto y protección hacia sus hijos, y creen que estos son en gran parte responsables de las dificultades de la familia. La compulsión se expresa por demandas excesivas de limpieza a los hijos y una extrema aversión al sexo, la suciedad y las funciones corporales en general. Mientras que al primer grupo podría describirse como personas enojadas, al segundo puede caracterizarse como personas ruines. Un tercer grupo de padres, se caracteriza por pasividad y dependencia. Se muestran sin iniciativa, reticentes en la expresión de sus sentimientos y deseos, y no agresivos. Tienden a confiar a otros la toma de decisiones. Compiten con sus hijos por el afecto y la atención de sus cónyuges. La depresión es una parte frecuente de su personalidad. El padre o la madre está continuamente triste, de mal humor, pasivo e infeliz sin causa aparente. Otra característica de este grupo, es la inmadurez emocional, que se manifiesta en dudas sobre si desean casarse y tener hijos. Algunos con-

tinúan siendo dominados por sus padres. Un cuarto grupo de rasgos de la personalidad fue observado en algunos padres. Por alguna razón el padre es incapaz de mantener a su familia, y la carga de proveer para ella recae en la madre. El padre permanece en la casa y realiza las tareas domésticas. Con frecuencia es un hombre educado y capaz, pero no puede permanecer en un puesto a causa de sus idiosincrasias de personalidad. Es así, que expresa su resentimiento del mundo, que lo ha tratado injustamente, dando un rápido y severo castigo a los hijos por transgresiones insignificantes. La atmósfera que reina en el hogar es de mal humor, rigidez, hostilidad y depresión. Estos padres a menudo, se encuentran en dificultades con la justicia por ofensas como asaltos y daño malicioso. (56)

D. Lagerberg sostiene que los padres maltratadores, pueden ser sobreansiosos acerca de la salud de un niño normal, la madre puede adoptar cierta creencia, ya en la maternidad, acerca de su carencia de capacidad para cuidar al niño, o mostrar inadecuadas expectativas acerca de que el niño crezca y prospere sano. Los siguientes criterios pueden ser mirados como típicos signos de aviso de maltrato: reacciones emocionales negativas conectadas con el bebé; problemas sociales difusos, donde el remedio no es aparente; complicaciones durante el embarazo, nacimiento o en el primer año de vida del niño; "períodos vulnerables", especialmente conectados con cambios en circunstancias de la vida familiar; patrones negativos de interacción dentro de la familia. Cuando la injuria ha ocurrido, los siguientes bien reconocidos criterios pueden ser indicación de abuso: los padres esperan por varias horas antes de buscar asistencia médica, los padres explican que lo que le ha pasado al niño parece improbable o no tiene explicación lógica. (43)

Para Ajuriaguerra, se puede señalar en estos padres, una idea inadecuada de las necesidades, de las capacidades de comprensión de los niños; una vivencia de las actitudes de su hijo como una rebeldía di rigida contra ellos, el no reconocimiento de los deberes hacia sus progenitores, la no sumisión a la autoridad que ellos se han atribuido; una actitud educativa rígida, rigurosa y punitiva, que es de hecho una defensa contra el temor de que ellos se desvien del camino

recto; una proyección de sus propios conflictos y una falta de metabolización de sus tendencias agresivas. Las más de las veces, uno de los cónyuges acepta pasivamente o incita al otro a castigar. Los malos tratos, en la mayoría de los padres, no van acompañados de culpabilidad porque se sienten en su derecho, pero en algunos, las reacciones de agresividad pueden ir acompañadas de un cierto desconcierto y sentimiento de falta. (1)

Con relación a esto último, N. Lukianowicz sostiene que la madre que maltrata no intenta disimular su hostilidad y odio hacia el niño. (47)

IV. Perfil psicológico del niño maltratado

Ajuriaguerra sostiene que el niño maltratado puede reaccionar tanto de una manera pasiva como reactiva, lo que conduce generalmente a aumentar en ambos casos la agresividad del padre. El mayor peligro estriba, en que la brutalidad se integre en una fórmula de diálogo o de única forma de relación aceptada por el agresor y la víctima. (1)

N. Lukianowicz califica al niño durante una primera situación de examen, como habitualmente apático, retraído, callado, triste y aparentando una mayor edad de la que tiene; puede también presentar un aspecto desilusionado, o bien su cara puede ser inexpresiva y excéntrica de emoción. A veces se evidencia el temor que el niño experimenta hacia el padre agresor. Observado el niño a corto plazo del maltrato, se aprecian en él, un cambio de apariencia de conducta, un cambio de actitud hacia el padre brutal, que es una expresión clara del miedo y de los síntomas de stress emocional originados con el maltrato, además de enuresis diurna o nocturna y encopresis, rechazo de los alimentos, vómitos, etc. (47)

R. Galdston estudiando a los niños y a sus familias en un centro diurno especial de protección a niños escolares, observa que estos niños toleran muy fácilmente la separación de las familias. Al principio, se presentan como apáticos y faltos de interés, pero más tarde adoptan una conducta violenta que parece constituir la expresión del deseo de ser reconocido personalmente por un adulto a travez de

la descarga de energía muscular, siendo menos acentuada, las actividades violentas en las niñas que en los niños. Además, manejan muy mal su cuerpo sin que esto esté necesariamente en relación con un trastorno neurológico, pues los trastornos de la coordinación y de la habilidad motora desaparecen al cabo de algún tiempo de tratamiento. La interrupción de asistencia al centro, aunque sea durante algunas semanas o incluso durante el fin de semana puede engendrar en los niños una regresión con pérdidas de las habilidades recientemente adquiridas. (27)

D. Lagerberg plantea, que características típicas por las cuales identificar a los niños de riesgo de maltrato o ya maltratados son: pobre higiene, desnutrición, estatura o peso subnormal, ganancia de peso durante la estancia hospitalaria, retardo mental, retardo del lenguaje, depresión, desórdenes de conducta, signos de excesiva desconfianza, el niño sonríe a cualquiera o acepta ayuda de cualquiera, extrema y prematura adaptación a las necesidades parentales. (43)

Para Reidy característicamente, el niño más predispuesto a la agresión, es el menor de tres años, de bajo peso y con retraso psicomotor o algún defecto congénito, enfermedad crónica o recurrente, que lo hace menos apto para responder adecuadamente a los estímulos y cuidados maternos. Algunos tienen una historia de conducta irritable o inquieta, con poca tolerancia a la contrariedad y a la frustración, o bien de conducta rebelde e impulsiva, razón por la cual, algunos autores han especulado sobre la contribución del propio niño a su agresión. (64)

Sin embargo, para otros autores, aunque la conducta descrita en el niño podría ser considerada provocadora, es muy dudoso que ocurra semejante cosa en un número significativo de casos. Más bien lo que sucede, es que el padre deposita expectativas poco realistas sobre el hijo, y este reacciona a esta presión, con una conducta que no hace más que reforzar la desilusión, la hostilidad y el rechazo creciente hacia el niño, en un trágico círculo vicioso que desemboca en la violencia destructiva. Un hecho de gran valor diagnóstico, es la existencia en un alto porcentaje de casos, de antecedentes de separación temprana entre madre e hijo por prematuridad o enfermedad del niño o

complicaciones puerperales de la madre, situación que interfirió con el contacto físico y con la lactancia al seno materno. (39)(8)(23)
(11)(49)

Una gran mayoría de autores sostiene con relación al cuadro clínico, que las lesiones físicas del niño maltratado pueden ser de tipo, gravedad y tiempo de evolución muy diversos. Suelen encontrarse en ellos, fracturas múltiples de diferente antigüedad, con callos y alineamientos defectuosos, huellas de quemaduras, "cara de boxeador", equimosis y hematomas, en todos los casos sin explicación satisfactoria. El familiar en general, no hace mención alguna de estas lesiones en la historia y asegura después, ignorar su existencia, ocultando el sitio en que fueron tratadas, si es que lo fueron. (39)(23)(54)
(51)

V. La relación padre maltratador-niño maltratado. Factores psicodinámicos

La inexperiencia y la inseguridad de muchas madres y las débiles reacciones de algunos niños a sus cuidados y esfuerzos, son factores de importancia cuando se acompañan de uno o más de los antecedentes o circunstancias previamente señalados con relación a la etiología del maltrato. Sin embargo, la gran frecuencia de esos hechos dentro de la población general, hace pensar que se necesita algo más para explicar el fenómeno del maltrato grave a niños.

Lo que sigue es un intento, por encontrar esa explicación, considerando la presencia de factores psicodinámicos subyacentes en la relación del padre agresor-niño maltratado.

Morris y Gould sostienen que el disparador de una violenta expresión de ira es, a menudo, una conducta al parecer trivial que el agresor interpreta como acto de un ser malicioso, dispuesto a ridiculizar y exhibir sus deficiencias, lo cual resulta especialmente doloroso y hasta intolerable, si precisamente de él se esperaba todo lo contrario, esto es, cuando padres inseguros de ser merecedores del amor de los demás, buscan en el hijo el reconocimiento y el afecto que otros, en especial sus propios padres les negaron, situación esta

que los autores califican de "inversión de papeles". (58)

El mecanismo de agresión se puede atribuir, a veces, a una intensa "identificación" del niño con el cónyuge o la pareja odiada, o sea, cuando el niño es visto como hijo del otro con una o todas las características atribuidas a este y no como hijo propio. El hijo también puede ser objeto de profunda hostilidad, cuando se le considera obstáculo a la libertad o a la realización de metas o actividades deseadas. La agresión dirigida a uno de los hijos nada más, mientras a otros se prodigan cuidados maternos adecuados, aunado al hecho de que la agresión casi siempre, ocurre solo durante una determinada etapa del desarrollo y no después, ha hecho pensar en la existencia de una "psicosis de transferencia", transitoria, que hace del niño objeto de una percepción deformada por parte del agresor, posiblemente relacionada con experiencias traumáticas de agresión y rechazo ocurridas en esa misma etapa durante su propio desarrollo. (50)(24)

La relación del niño maltratado con el progenitor agresor ha sido analizada por varios autores, los cuales sostienen, que existe un elemento que parece constante a medida que crece el niño maltratado, este habituado y educado en una relación de violencia, poco a poco llega a considerarla casi normal, y más adelante, como la forma principal de intercambio con su padre. En el plano psicopatológico, se sitúa en primer lugar, dentro de la relación, un mecanismo del funcionamiento mental: "la identificación con el agresor" que es, como ha demostrado Freud, uno de los principales mecanismos mentales, gracias al cual el niño se defiende de las inevitables intrusiones del ambiente. El niño maltratado está situado en condiciones "experimentales" de identificación con el agresor, tanto más cuanto que aquí el agresor es una imagen natural de identificación, dado que se trata de uno de los padres. El niño maltratado puede utilizar este mecanismo defensivo, soportando así la relación con el adulto, pero en contrapartida, también puede agredir al resto del entorno, especialmente a otros niños, desarrollando una inestabilidad reactiva que sirve a su vez de justificación a la conducta de maltrato por parte del adulto. Después de aquel nivel de identificación con el agresor, se manifiesta una segunda etapa, caracterizada por la "ero-

tización secundaria" de la relación padre-hijo, centrada alrededor de la relación agresiva. Es en este punto, donde se hallaría el núcleo primordial de una relación altamente patológica entre un adulto, cuyas descargas agresivas son a menudo objetos de disfrute, y un niño que erotiza secundariamente su padecimiento, y para quien el masoquismo tenderá a ser una posición privilegiada, y después, perseguida. Surge entonces, una situación estable, en la que el niño induce o provoca la descarga agresiva del adulto a riesgo de bloquear cualquier posibilidad evolutiva. Este tipo de interacción puede llegar a establecerse ya, cuando el niño es todavía muy pequeño, de dos a tres años. (14)(30)

VI. Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento y Prevención del Síndrome del niño maltratado

Diagnóstico

El Síndrome del niño maltratado no es un padecimiento que afecte exclusivamente al niño, es una enfermedad de los adultos y de la sociedad en que se desenvuelve el menor. Esta visión integral es necesaria ante todo niño golpeado, como también un trabajo multidisciplinario que ayude a integrar un diagnóstico precoz y adecuado.

El interrogatorio es sumamente importante para ahondar en la sospecha. Se debe pensar en el Síndrome cuando el paciente presente algunos de los siguientes datos: 1. discordancia entre el relato de la magnitud del traumatismo y el grado de la lesión. A veces, se obtienen historias inverosímiles o existe negativa para proporcionar datos sobre la situación. 2. antecedentes de traumatismos previos o ingresos frecuentes a hospitales. 3. retardo en presentar al niño con el médico. La mitad tarda entre 24 a 48 horas y algunos hasta varios días. 4. falta de interés del agresor hacia las lesiones y frecuente abandono del niño en el hospital. Es notorio, que fácilmente critica o se encoleriza con el niño lesionado.

El examen físico revela signos clínicos que son de gran importancia y deben ser descritos con exactitud como: signos de desnutrición;

quemaduras; equímosis, hematomas y hemorragias; fracturas o luxaciones; lesiones variadas como mordeduras, señales de cuerdas, lesiones peribucales, congelamiento; etc.

Es conveniente observar la actitud que toma el paciente ante el explorador. Puede estar irritable y llorar en forma paroxística o, por el contrario, ser indiferente, receloso con los adultos y no mostrar casi nunca necesidad de protección por parte de sus padres.

El diagnóstico diferencial es importante ya que el Síndrome del niño maltratado puede dar lugar a confusiones, principalmente cuando no existen antecedentes de traumatismos.

Un problema con el que tropieza el diagnóstico, es que el Síndrome del niño maltratado no se encuentra clasificado a nivel formal, en los archivos clínicos hospitalarios de México. En relación con ello, se debe señalar que la última versión en inglés del Manual Diagnóstico y Estadístico o D.S.M. III, trae incluido en la Codificación V de factores no atribuibles a trastornos mentales y que merecen tratamiento, el abuso hacia niños con el siguiente código: V. 6121. (3) Sin embargo, a pesar de ser este un avance, es criticable el hecho de que dicha codificación no se acompañe de los criterios para el diagnóstico y tratamiento del problema, siendo de nuevo aplazada la labor de unificación de parámetros para una precoz y adecuada detección y tratamiento del maltrato.

Pronóstico

Estudios emprendidos para determinar el pronóstico de niños quienes fallan al no prosperar en su desarrollo, han revelado un considerable riesgo de secuela a largo plazo, disturbios emocionales, retardo mental y del lenguaje. (43)

Existen algunos desacuerdos acerca del futuro pronóstico del abuso físico en niños. Este depende de las inclinaciones hacia el optimismo o pesimismo. Por otro lado, el criterio para un buen pronóstico varía de acuerdo a si la perspectiva es estrecha o amplia. Con una perspectiva estrecha, el interés se restringe a si el niño será o no atacado de nuevo; sin embargo con una amplia, se considera el comple

to desarrollo emocional, intelectual y social del niño.

Cuáles son las razones para mantener una visión pesimista? El abuso físico tiende a repetirse y conduce también al incremento de severas injurias. Existe el riesgo de que pueda producir secuelas físicas y mentales. Por otro lado, dichos riesgos podrían ser reducidos, por lo menos en algunos casos, si se ofrece a los padres una adecuada terapia. Pero hay también un riesgo en esto, que la terapia enfoque enteramente las necesidades de los padres, viviendo aparte los requerimientos emocionales del niño y del clima familiar en general. Esto sucede sobre todo, cuando la terapia se limita a prevenir nuevos incidentes de violencia, sin mejoramiento emocional.

Una visión optimista, es la de Kempe y Lynch, quienes encontraron que la mayoría de los padres bajo su cuidado probaron ser tratables, por lo menos en el sentido de que las nuevas agresiones fueron prevenidas. (39)(48)

El punto de vista optimista, sostiene que también hay un riesgo en las medidas coercitivas y de supervisión social, ya que pueden destruir todo lo que los padres tienen de autoconfianza y capacidad para enfrentarse con dificultades.

Además, es difícil en algunos casos, determinar cual es el menor daño posible que se debe causar, sobre todo, ante el dilema de si el niño debe seguir en casa o ser depositado en un hogar adoptivo. Existen fuertes argumentos, sobre que los hogares adoptivos también pueden causar daño al niño, muchos de estos sufren en dichos hogares abrumados por la separación, ansiedad y sentimientos de culpa. También se considera que estos niños no pueden beneficiarse del cuidado adoptivo sin previa psicoterapia individual e intensiva.

Osorio y Nieto cita algunas consecuencias, todas muy negativas, del maltrato. Así: alteraciones de la salud como muestras de inafectividad o agresividad que pueden entrañar lesiones mentales; retraso del crecimiento denominado "enanismo por carencia afectiva"; retraso mental, hemiplejía, epilepsia, encefalopatías por hematoma subdural o por falta de afecto; invalideces motoras o sensoriales, etc. Muerte como resultado de gravísimas lesiones cerebromeningeas o viscerales o de cualquier otra lesión o conjunto de lesiones. Problemas escola-

res. Conductas juveniles antisociales. Farmacodependencia. Prostitución. Delincuencia. Suicidio. Agresividad hacia los hijos, proyección hacia la nueva familia. (62)

Es una perspectiva amplia la que debe orientar el pronóstico y tratamiento del problema, ya que ella contempla alternativas de solución no solo a corto plazo, sino a futuro, enfocando aquel de una manera integral; también se requeriría reforzar el trabajo multidisciplinario, con una mayor participación de disciplinas como la Psicología, ya que es un hecho comprobado, en las áreas de Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento y Prevención, la intervención casi absoluta de la Medicina y consecuentemente, manteniéndose un enfoque puramente físico-clínico en el problema del maltrato.

Tratamiento

Este debe cubrir varias facetas. En primer lugar al niño maltratado, y posteriormente al núcleo familiar y social.

Tratamiento del paciente: está encaminado primariamente a cubrir las alteraciones de urgencia y dependerá del tipo de lesiones que presente, dando preferencia a aquellas que pongan en peligro la vida. En la intervención inicial, uno de los objetivos principales, será proteger al niño de sus agresores; para ello es indispensable que permanezca hospitalizado un mínimo de 24 horas, mientras se realizan otros estudios psiquiátricos, psicológicos y sociales para iniciar un tratamiento mas específico.

Tratamiento del núcleo familiar: en muchas ocasiones será difícil de realizar. Es conveniente la formación de grupos multidisciplinarios compuestos de una trabajadora social, un psicólogo y un psiquiatra; todo esto con el fin de dar a los padres el apoyo necesario para la corrección de la conducta anormal que se presente y en esa forma poder reintegrar al niño al núcleo familiar. Aunado al tratamiento institucional, deben realizarse visitas domiciliarias con el objeto de verificar avances en el tratamiento.

Tratamiento social: por último, la parte más complicada del tratamiento es la social; debe ir encaminada a mejorar las condiciones ge-

nerales de vida de la familia, así como las relaciones interfamiliares y del medio ambiente. Es necesario el tratamiento psiquiátrico del agresor, aún más que su confinamiento, debido a que generalmente es él quien sostiene a la familia, y con el confinamiento aumentaríamos el problema. El niño agredido debe permanecer fuera del núcleo familiar mientras mejora esta situación, y al padre agresor debe mantenersele con visitas domiciliarias frecuentes.

Otro aspecto, estaría encaminado a cambiar las tendencias culturales de agresividad y a eliminar jurídicamente el maltrato como norma disciplinaria.

Prevención

Para poder hablar de prevención, es necesario conocer a fondo el problema de que se trata; esta situación aún no se ha alcanzado en México en forma definitiva; sin embargo sabemos que el problema existe, aunque desconozcamos la magnitud del mismo. En el trascurso de este trabajo, se han visto las características clínicas y sociológicas, pero sobre todo psicológicas del problema, por lo que debemos iniciar medidas con miras a la prevención del maltrato, antes de que se convierta en un problema de Salud Pública.

Algunos puntos a considerar dentro de la prevención serían los siguientes: 1. corregir la actitud que hace de la agresividad un medio educativo; por lo tanto, modificar el orden judicial y sobre todo social para combatir el uso de la fuerza como medida disciplinaria. 2. mejorar el nivel social de la familia. 3. crear grupos de control y prevención a nivel de instituciones de salud, escolares y judiciales para vigilancia, y sobre todo, ayuda a las familias en donde se haya localizado el maltrato. 4. incrementar el conocimiento del Síndrome, no solo dentro del área médica, sino también, dentro de otras disciplinas profesionales como la Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, etc.

Osorio y Nieto señala algunas medidas preventivas, las cuales citaremos: información y capacitación dirigidas al personal relacionado con niños; modificación de patrones de conducta individuales y social

les; sensibilización de la comunidad; orientación e investigación pre
matrimonial y prenatal; educación y orientación familiar; colabora-
ción entre los profesionales relacionados con niños; actividades de
los organismos públicos y privados de desarrollo y protección al ni-
ño; separación del medio de peligro como instrumento de prevención;
etc. (62)

AGRESIVIDAD Y CONDUCTA AGRESIVA EN EL NIÑO. FUNDAMENTOS PSICO-
ANALITICOS

Existen diferentes enfoques para abordar el tema de la agresión, sin embargo, se escogió a la Teoría Psicoanalítica, y más específicamente, a sus fundamentos sobre el desarrollo de la agresión en los niños, ya que son estos los que forman la muestra en estudio, y aquella es la que más sustenta las afirmaciones de las hipótesis de investigación.

Debía de pasar largo tiempo, para que se abandonara el pensamiento de que el niño era una criatura pura y blanda, y se dejara de minimizar sus reacciones agresivas. Hoy en día, sabemos que desde muy temprano se manifiestan en el ser humano las pulsiones agresivas, y que podemos analizarlas, describirlas, y seguir su evolución en el tiempo.

Según Agres-
El Psicoanálisis ha valorado la importancia de la agresividad en el desarrollo, creando expresiones como "pulsión agresiva", "instinto de destrucción" e "instinto de muerte". Freud inicialmente define al instinto de autoconservación y al instinto sexual como fuerzas instintivas opuestas; posteriormente, señaló ciertas diferencias entre los instintos del yo y los instintos sexuales. En "Más allá del Principio del Placer" introduce el concepto de instinto de muerte, el cual invierte el objeto y el yo al igual que la livido, y que es la tendencia fundamental de todo ser viviente, que trata de retornar al estado inorgánico. Instintos de vida y de muerte se inscriben ambos en el cuadro de tendencias antagónicas. (25)

Este dualismo pulsional, introducido por Freud y en especial la noción de instinto de muerte, está lejos en la actualidad, de ser aceptada por todos los psicoanalistas, postura que compartimos, por lo que no nos extenderemos más en este concepto.

Muchos psicoanalistas no aceptan el instinto de muerte, y distinguen 4 tipos de procesos modificadores del impacto agresivo: desplazamiento a otros objetos, sublimación de la energía agresiva e implicación con la livido. Dan especial importancia a la sublimación de la agresividad que permite la transformación de la energía agresiva en energía neutra a disposición del Yo, y suponen que si la constan-

cia objetal depende de la capacidad del individuo para soportar la frustración, depende igualmente de la sublimación de la agresividad. (34)

En opinión de S. Nacht, en el lactante entra en juego la agresividad a fin de evitar la insatisfacción y para obtener la satisfacción de las necesidades, en suma, para vivir. "La agresividad parece originarse en el displacer, la insatisfacción o el dolor". Ve una estrecha relación entre frustración y agresividad, y advierte que "el niño criado al abrigo de toda frustración, posteriormente estará falto de la necesaria energía para obtener en la lucha por la vida lo que precise". Lo que se designa con el nombre de "fuerza del Yo" es antes que nada el resultado de la justa integración de parte de las fuerzas agresivas o, como dice también, "fuerza del Yo" y "fuerza vital" se superponen, laborando los impulsos agresivos no por la destrucción, sino por la afirmación de la vida. (59)

Para Merloo, la agresividad humana no es innata, al ser el resultado de la desorganización de los impulsos, producida por múltiples factores internos y externos, y por falta de cultura y de control. Considera a la agresividad como la respuesta humana a frustraciones como son el hambre, la carencia de afecto, de comunicación con otro, de satisfacciones sexuales y de acogida. (55)

L. Bender dice que el niño espera protección del adulto contra las influencias hostiles y espera amor, comida y vestido. Señala la importancia de la agresividad en el niño, la cual contribuye al progresivo dominio del cuerpo y de los objetos, junto con el placer de destruir, y posteriormente, de reconstruir. Distingue entre acción y agresividad propiamente dicha, dependiendo cada una de ellas del sentido que le dé el niño. Sostiene, que por influencia del ambiente, el niño irá dominando paulatinamente su agresividad, que cada vez se manifestará de manera más indirecta y socializada. En 83 casos de agresividad infantil, Bender ha podido observar "el miedo del niño a ser destruido por la agresividad del adulto". Recuerda que el niño siente toda frustración como un ataque hostil del ambiente. La agresividad no será sino el resultado de privaciones o carencias en relación con desarmonías evolutivas que alteran los mecanismos regulado-

res de lo que ella denomina "pulsiones constructivas". Considera la agresividad esencialmente, como reacción a una falta de afectividad. Cree además, que los casos de agresividad, como reacción a una falta de afecto precoz, acumulan retraso afectivo e incluso intelectual. Basandose en unos pocos casos, afirma que como adultos, tienden a esquivar los conflictos vitales y a convertirse en asiduos de instituciones psiquiátricas o correccionales donde se someten o se deterioran. (5)

Goodenough ha estudiado el cambio de naturaleza de la cólera con el paso de las edades en los niños. Sostiene que en edades mayores, la cólera estallará al encontrar el niño obstáculos a sus planes, intereses o satisfacciones. (32)

Wallon dice que la cólera puede tomar dos rumbos distintos: centrípeto y proyectivo. En el primer caso, los golpes y la agresión se tornan contra sí mismos, y en el segundo se dirigen contra quienes le rodean. En la centrípeta, predominan los sentimientos de angustia y de culpa. La cólera proyectiva, formada por reacciones contra el medio, se manifiesta en escenas más o menos expresivas, y puede tratar de intimidar a los circundantes. También sostiene, que para desarrollarse el niño ha de sentir algunas frustraciones, y de la activa agresión pasara a reprimirla. La agresividad es un potencial energético; al suprimirla de raíz, su consecuencia será la pasividad, la falta de iniciativa y en muchos casos, el aislamiento patológico. Si la insatisfacción es el único motivo de sus relaciones, su única solución será la permanente agresividad, constante y nada formativa, compulsiva, pudiendo revertirse sobre sí mismos o sobre los demás. (72)

Ajuriaguerra y Marcelli sostienen en relación a lo que ellos llaman "la inhibición grave de la agresividad: el masoquismo"; que algunos niños se distinguen por una evitación de toda conducta o situación agresiva que va más allá del simple "temor a los golpes" o al castigo. No es raro que estos niños, sean en apariencia demasiado prudentes, sumisos, introvertidos. No protestan, no se encolerizan nunca, no expresan sentimientos de rivalidad en relación a sus hermanos. Existen todos los grados de patología, desde la simple inhibición hasta la total incapacidad para defenderse. En este último caso

el estudio psicopatológico revela frecuentemente una rica vida fantástica, dominada por extensos fantasmas de destrucción. El niño vive sus fantasmas como amenazas reales externas o teme poseer en sí una destructividad sin límite. En el grado máximo, parece que estos niños buscan avidamente, ser objetos de persecución: exclusión, burlas, hasta verdaderas agresiones. En algunos casos, se trata de un clásico proceso de "erotización masoquista" del sufrimiento, (14)(30) donde la persecución llega a ser la única modalidad de relación y donde cada nueva agresión no hace más que confirmar al sujeto agredido, que esa forma de comunicación le es inclusive necesaria, ya que sino se da esta, no habrá otra forma de acercamiento al padre, produciéndose así, un círculo vicioso entre el agresor y el agredido. (2)

Por su parte Ajuriaguerra, sostiene que el comportamiento sádico y masoquista aparece como agresión-seguridad contra el mecanismo destructor procedente del exterior, en forma de "identificación con el agresor" (14)(30). La agresión entre niños no suele ser sino una reacción simbólica para con los padres. Freud mostró que el masoquismo es el resultado de la transformación del sadismo, transformación basada en el sentimiento de culpabilidad. Admitió luego, la existencia de un masoquismo primario (primitiva tendencia orgánica a la destrucción) y un masoquismo secundario (incidencia de la agresividad sobre sí mismo) masoquismo que viene a unirse al exterior. (1)

Lo que sigue, es una visión general de la Teoría sustentada por Rosenzweig sobre la agresión-frustración que fundamenta el uso que hacemos de la prueba del PFT en esta investigación para probar las hipótesis.

Desde 1934 Rosenzweig desarrolla una Teoría General de la Frustración que se encuadra dentro de lo que llamaríamos Psicoanálisis Experimental, de acuerdo con la siguiente afirmación de su autor: "la teoría de la frustración es un ensayo para expresar en forma concreta el punto de vista organísmico en psicobiología. Proporciona una reformulación de conceptos psicoanalíticos teniendo en cuenta las posibilidades experimentales". Los conceptos centrales de esta teoría son los de frustración, presión o stress y el de tolerancia a la frustración de los cuales se dan las definiciones sostenidas por el autor.

Rosenzweig dice que "existe frustración cada vez que el organismo encuentra un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera"; y distingue dos tipos de frustración: 1. primaria o privación, la cual "se caracteriza por la tensión y la insatisfacción subjetivas que se deben a la ausencia de una situación final necesaria para el apaciguamiento de una necesidad activa", el ejemplo en este caso sería el hambre. 2. secundaria, "se caracteriza por la presencia de obstáculos en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad". Este tipo de frustración es la que estudia el test y a ella se refiere la definición dada en principio.

El concepto de presión o stress se refiere "a la situación estímulo que constituye un obstáculo. La espera del organismo que corresponde a esta presión puede concebirse como un aumento de tensión". Existen dos perspectivas interrelacionadas para clasificar a las presiones. Así, pueden ser pasivas y activas; y externas e internas.

El otro concepto a que se refiere la teoría de Rosenzweig es el de tolerancia a la frustración, el cual "se define por la aptitud de un individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a tipos de respuestas inadecuadas". Este concepto se enmarca dentro de la Teoría Psicoanalítica y debe ser comparado con dos de sus principales principios: 1. el principio del placer y de realidad. En el niño, el primero de ellos implica la satisfacción inmediata de sus necesidades y deseos. A medida que aquel va madurando y socializándose, también comienza a tomar contacto con la realidad y su conducta considera ya no solo la satisfacción inmediata sino también las consecuencias posteriores. Esta capacidad para retardar la satisfacción, está implícita en el concepto de tolerancia a la frustración. 2. el principio de la debilidad del Yo. Cuando el individuo adopta reacciones de defensa del Yo inadecuadas para proteger su personalidad del displacer asociada con la frustración, se dice que está en juego el principio del placer aunado a un Yo débil, este último concepto también se relaciona con el de tolerancia a la frustración.

De acuerdo a ambos principios, debemos considerar diferencias indi-

viduales en lo que se refiere al umbral de tolerancia a la frustración, ya que existe para cada sujeto una zona comprendida entre dos intensidades de la presión dentro de la cual la respuesta del sujeto a la frustración es adecuada.

Para Rosenzweig las respuestas a la frustración pueden verse bajo tres perspectivas principales y diferentes:

1. Tipos de respuestas según la economía de las necesidades frustradas. Existen dos tipos principales:

a) Respuestas de persistencia de la necesidad: este tipo considera solo el destino de la necesidad segmentaria frustrada.

b) Respuestas de defensa del Yo: este tipo tiene en cuenta el destino de la personalidad completa en circunstancias especiales de amenaza contra el Yo.

2. Respuestas de defensa del Yo. Constituyen la base de la interpretación del test de frustración y se dividen en 3 grupos:

a) Respuestas Extrapunativas: son aquellas en las que el individuo atribuye agresivamente la frustración a personas o cosas exteriores. Las emociones que le corresponden son la cólera y la irritación, y responden al mecanismo de defensa de proyección.

b) Respuestas Intropunativas: en ellas el individuo atribuye agresivamente la frustración a sí mismo. Las emociones asociadas son la culpabilidad y los remordimientos, y los mecanismos de defensa que le corresponden son el desplazamiento y el aislamiento.

c) Respuestas Impunitivas: en estas la agresión no se encuentra como fuerza generatriz, se evita formular un reproche tanto a los otros como a sí mismo, y trata de encarar la situación frustradora en forma conciliatoria. La represión es el mecanismo de defensa que le corresponde.

3. Respuestas de persistencia de la necesidad: tiene por fin satisfacer la necesidad específica frustrada por algún medio. Le corresponden los mecanismos de sublimación y de conversión.

Estas últimas se vuelven a dividir en dos tipos: según su rectitud y su carácter adaptativo o no; y cada una a su vez contempla otras dos subdivisiones. (65)

Las respuestas del examinado se computan según dos dimensiones prin

cipales: Dirección y Tipo de agresión. La Dirección se divide en Extrapunitive (E), Intropunitiva (I) e Impunitiva (M).

El Tipo de agresión se divide en Predominio del Obstáculo (O-D), Defensa Yoica o del Yo (E-D) y Persistencia de la necesidad (N-P).

Los Tipos citados de O-D, E-D y N-P deben considerarse como formas de agresión. Esta clasificación implica otra previa según la cual es necesario distinguir claramente la agresión de la hostilidad como solo un modo particular de agresión. En términos genéricos, la agresión está más cerca de la actitud emprendedora o autoafirmativa que de la hostilidad, aunque los psicólogos de orientación dinámica en particular, a menudo han centrado su atención en la especie negativa del género. En este contexto, se intenta establecer un distingo entre la agresión constructiva o positiva, y destructiva o negativa, conceptualizando la primera como la Persistencia de la Necesidad y la segunda como Defensa Yoica. El Predominio del Obstáculo representaría entonces un Tipo de agresión en el que la respuesta es restringida o inhibida antes de que algunos de los otros dos modos puedan ponerse en funcionamiento, posiblemente debido a un conflicto entre ellos. (63)

El objetivo de esta revisión era plantear en principio, posturas de diferentes autores con bases psicodinámicas que de alguna forma nos sirvieron para aclarar o más bien afirmar e instrumentalizar algunos aspectos considerados por nuestro enfoque experiencial del problema abordado. El cuestionamiento surge de la experiencia clínica vivida durante un año de contacto y observación de cientos de casos de niños maltratados y sus familias.

De acuerdo a nuestra concepción personal del problema, el niño maltratado tiene un manejo de su capacidad de agresión identificable y diferenciable del que haría un niño con un "desarrollo normal de su personalidad". En una primera etapa de su desarrollo como individuo, el niño que experimente abuso, de una manera frecuente y prolongada en el tiempo, tenderá previo rechazo, reclamo y rebelión a introyectar toda esa agresión "identificandose con el agresor", para poder sobrellevar dicha situación sin llegar a los extremos de la patología desintegradora; más aún cuando aquel es una figura natural para que se dé dicho proceso, es decir: el padre o la madre. Cuando hablamos

de "identificación con el agresor", es necesario precisar que no nos referimos exactamente a la postura de algunos autores sobre este fenómeno, ya desglosada anteriormente, dado que no lo hacemos en términos de que el niño abusado hará lo mismo que su agresor, es decir, repetirá en este "presente" de abuso inmediato, su mismo patrón de agresión, sino que representará ese mismo papel en su futuro de adultez, hipótesis que responde a la creencia de que todo niño maltratado será un padre maltratador.

Porqué pensamos así? El niño maltratado no puede en esta primera etapa más que reprimir su propia capacidad de agresión, porque de exteriorizarla hacia objetos del medio, sean estos, otros niños o el mismo adulto agresor, corre el riesgo de aumentar aún más la carga de malos tratos sobre sí.

Acostumbrado el niño, ya en una segunda etapa, a que esa es la única forma de comunicación o de relación con sus progenitores, más aún cuando esta es también la única manera en que el padre hace contacto físico con el niño, se acerca a él, lo toma en cuenta, o bien es la única oportunidad para que concluido el maltrato, algunos padres se acerquen con cierto arrepentimiento, a compensarlo con una manifestación de afecto o con algún objeto material, el niño maltratado considera a esta sucesión de hechos, como la norma obligada de relación con sus progenitores, no olvidando desde luego, que existe todo un trasfondo cultural y educativo, según el cual los padres tienen todo el derecho de criar y educar a sus hijos como lo consideren pertinente, en tanto que la obligación de los hijos, es respetar y obedecer a los padres sea cual fuere su comportamiento.

En tales circunstancias, y compartiendo solo en parte las posturas de algunos autores ya mencionadas anteriormente, el niño maltratado "erotizaría el maltrato" o desarrollaría un "masoquismo incipiente"; a nuestro criterio si lo hace, sería como una forma más de defensa para evitar que la carga permanente de abuso lo desintegre, convirtiéndose aquello en un círculo vicioso donde el niño dispara la agresión por parte del padre, ya que esta es la única oportunidad que tiene para entrar en contacto con aquel.

Paralelo al desarrollo de estas etapas, no hay que olvidar los fac-

tores subyacentes que provocan el comportamiento de cada parte en esta relación. No nos referiremos aquí a los factores subyacentes a la conducta del agresor, ya que de ellos se hizo mención en otros apartados, y nuestro interés aquí es la conducta de la parte agredida, es decir la del niño maltratado. Por lo que pudimos evidenciar, lo que se esconde detrás de esa aceptación resignada, de ese acatamiento irrestricto de la autoridad de los padres, de ese convencimiento de que lo que están haciendo aquellos es lo correcto, aún cuando pongan en peligro su integridad física y mental, de esa participación inclusive en el maltrato, es un "gran sentimiento de culpa". Porqué sentimiento de culpa? Pensamos que este sentimiento se origina desde muy temprano, a nivel de percepciones de rechazo primero, pasando por las verbalizaciones hasta llegar a la acción de maltrato. El niño va experimentando, va dándose cuenta hasta tomar plena conciencia de que no es el "niño ideal" que sus padres esperaban; no tiene en la mayoría de los casos, ni la apariencia física deseable por parte de ellos, ni la inteligencia y genialidad para sobresalir, como tampoco la capacidad para compensar a sus padres de todas sus privaciones. Esta desilusión, este descontento de los progenitores hacia el niño lo van transmitiendo a nivel de piel, de palabras y de hechos hasta llegar a convencerlo de que es un ser "indeseable, malo, estúpido, tonto, incapaz, falta de iniciativa, feo, torpe, frustrador de las expectativas de sus padres, etc".

Muchas de estas verbalizaciones se convierten en el diario y cotidiano lenguaje que utilizan los padres para referirse al niño, llegando al punto de que se lo creen, y lo que es más grave aún, se sienten terriblemente responsables de ser como son, y por lo tanto merecedores de pagarlo soportando todo tipo de abuso y vejaciones por parte de sus padres a quienes defraudaron. Es aquí donde se originan aquellos sentimientos de culpa, los que se agudizan cuando por "culpa de ellos" alguien ha denunciado a sus padres y se encuentran ante la embarazosa situación de dar cuenta ante médicos, psicólogos o las mismas autoridades del terrible abuso que cometen con sus hijos.

Se nos hizo verdaderamente sorprendente ver como todo niño maltratado que llegaba a consulta, presentaba el mismo típico patrón de rea

cción: lo primero que se apreciaba, era su gran temor de que fueran a separarlo de sus padres, a pesar del daño que les causaban; y en segundo, un gran sentimiento de culpa por haberlos involucrado en esa situación tan difícil y penosa. Es pues, ante estas características de introyección, aislamiento, represión de los impulsos agresivos, ante la autoagresión y autculpa manifiesta bajo la forma de una sutil pero necesaria colaboración en la situación de abuso, ante la desvalorización de su persona y estancamiento de su propio desarrollo físico, intelectual y afectivo, que nació el interrogante de cuál sería el mejor que estos niños constantemente agredidos, estarían haciendo de su propia capacidad para movilizar sus impulsos agresivos; y es también con este enfoque del problema que surgen las hipótesis que responderían a aquel. De acuerdo a estas, el niño maltratado dirige su capacidad de agresión hacia sí mismo, se autoagrede bajo la sutil manera de incitación del maltrato, porque se siente culpable de ser como es, y por lo tanto, estos sentimientos de culpa lo llevan a castigarse a sí mismo colaborando en la situación de maltrato, que al darse le reconfirma que es un ser malo, indeseable, devaluado, etc., por lo que debe ser agredido por sus padres a quienes defraudó. Aquí está la clave, para que el niño siga observando, a veces, conductas indeseables, no de agresión externa activa, sino más bien de una pasividad y culpabilidad tan interiorizadas, que justifican la acción de maltrato por parte de los padres bajo expresiones como: "no se atreve ha hacer nada, es un tonto torpe en la escuela, no tiene iniciativa, no es ágil ni rápido en sus movimientos, no sabe defenderse, es un miedoso, etc.". Es también aquí, donde surge el círculo vicioso ya mencionado, y que lo sostienen también algunos autores citados.

La Dirección Intropunitiva de la respuesta del niño maltratado ante la frustración que significa el maltrato, es necesariamente complementada por el Tipo de agresión planteada en la segunda hipótesis, la de Predominio del Obstáculo, que sin llegar a tener las características de un Tipo de agresión constructiva, como la de Persistencia de la Necesidad, ni destructiva, como la de Defensa del Yo, representaría un Tipo de agresión, en el cual, la respuesta agresiva es restringida, inhibida, reprimida antes de que alguno de los otros dos Tipos puedan

ponerse en funcionamiento. Es a este nivel de manejo de la agresión incipiente, inclusive inmaduro, de una gran debilidad Yoica y Super-yica, pero sobre todo dañino, perjudicial para su propio crecimiento como persona, que el niño maltratado queda como consecuencia, prácticamente estancado, paralizado, en su desarrollo físico, intelectual y afectivo.

Hay que recordar que esta dualidad: Intropunitividad-Predominio del Obstáculo planteada como base de esta postura experiencial del problema, es una hipótesis opuesta a la de la mayoría de los autores que sostienen la Extrapunitividad, sin entrar a analizar el Tipo de agresión predominante en el niño maltratado, hecho del que dimos cuenta en el apartado de Antecedentes.

En resumen, sostenemos que en esta primera fase de maltrato, la única salida del niño agredido es aquella dualidad, que al ser aceptada genera la Extrapunitividad de los padres agresores y la justifica: "te pego por que te lo mereces", "te castigo por ser como eres".

Una fase o etapa posterior se daría ya en una edad adulta, donde aquel niño maltratado, teniendo la seguridad y la fuerza como para impedir que se repita una nueva situación de maltrato, revierta su Intropunitividad en una Extrapunitividad compensatoria del abuso sufrido; Es aquí donde pensamos, se cumpliría la hipótesis de: niño maltratado convertido en padre maltratador. No obstante esto, creemos que no todos los casos comprueban o apoyan dicha hipótesis, en última instancia este sería un problema diferente por investigar.

METODO

Planteamiento del problema

La pregunta de investigación surge a partir de observar en los niños maltratados, un patrón característico de comportamiento ante la intensa y permanente carga de agresión de que son objeto.

Ante esto, cuestionamos que debería existir un manejo diferente e identificable de los propios impulsos agresivos en el niño maltratado, quedando la pregunta de investigación planteada de la siguiente manera:

¿Cuál es el manejo de la agresión en niños con Síndrome de maltrato visto a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños?

Se decide responder a esta pregunta de forma directa y poniendo a prueba nuestra propia postura experiencial sobre el problema.

Dada las características de constante represión de los impulsos agresivos en el niño maltratado, de sus sentimientos de culpa, de autoagresión, de devaluación de su propia persona, de paralización, en muchos de los casos, de su propio desarrollo físico, intelectual y afectivo, y en general, de esa aceptación y convencimiento de ser merecedores del maltrato, planteamos dos respuestas con la ayuda formal e instrumental de las categorías establecidas por el Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños, sobre la Dirección de la agresión y el Tipo de agresión.

También se pensó que, en caso de no existir una tendencia definida en la Dirección y el Tipo de agresión, es decir, en caso de tener que rechazar nuestra postura experiencial del problema, sería interesante descubrir que patrones se darían realmente, y si estos cambiarían de acuerdo con el sexo y la edad de los niños maltratados, ya que con respecto a la característica de edad, el autor de la prueba sostiene, que lo "normal" es que los niños, conforme avanzan en edad, maduración y sobre todo, socialización, vayan cam-

biando tanto sus respuestas de Dirección como de Tipo de agresión. Con relación al sexo, hay investigaciones que sostienen que no existen diferencias y otras que sí. Lógicamente, pensando que estos estudios fueron realizados con niños "normales", el interrogante se dirigía a descubrir si el comportamiento del niño maltratado, sería igual que el de los primeros o existiría como lo pensamos al proponer las dos primeras hipótesis, un patrón diferente, característico del problema de maltrato.

De acuerdo con estas ideas quedaron formuladas las siguientes hipótesis de investigación:

I. Hipótesis alterna: la Dirección de la agresión en niños con Síndrome de maltrato será mayormente Intropunitiva (I) vista a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

Hipótesis nula: la Dirección de la agresión en niños con Síndrome de maltrato no será mayormente Intropunitiva (I) vista a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

II. Hipótesis alterna: el Tipo de la agresión en niños con Síndrome de maltrato ocurrirá mayormente dentro de la categoría Dominancia del Obstáculo (O-D) del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

Hipótesis nula: el Tipo de la agresión en niños con Síndrome de maltrato no ocurrirá mayormente dentro de la categoría Dominancia del Obstáculo (O-D) del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

III. Hipótesis alterna: habrá diferencias en la Dirección y el Tipo de agresión entre niños y niñas con Síndrome de maltrato vistos a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

Hipótesis nula: no habrá diferencias en la Dirección y el Tipo de agresión entre niños y niñas con Síndrome de maltrato vistos a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

IV. Hipótesis alterna: habrá diferencias en la Dirección y el Tipo de agresión en niños con Síndrome de maltrato, por grupos de edades, vistos a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

Hipótesis nula: no habrá diferencias en la Dirección y el Tipo de agresión en niños con Síndrome de maltrato, por grupos de edades, vistos a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños.

Definición de términos

El objetivo de esto es precisar los conceptos básicos a ser considerados en la presente investigación.

1. Concepto de niño: para la aproximación sociológica, el niño es "...persona inmadura. Propiamente comprende la vida humana desde el nacimiento hasta la adolescencia" (17)

Desde un enfoque jurídico-penal, Francisco González de la Vega, al analizar el problema del abandono de niños o enfermos, sostiene que el niño es "la persona humana desde su nacimiento hasta la iniciación de la edad púber". (31)

La definición que ofrece la Real Academia de la Lengua Española del concepto de niño es la siguiente: "niño es una persona que se halla en la niñez... que tiene pocos años", y agrega que la niñez es: "el período de la vida humana que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia". (15)

Osorio y Nieto plantea la siguiente definición de niño: "persona humana que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad" (62)

2. Concepto de Síndrome: de acuerdo al Diccionario de los Términos Técnicos usados en Medicina, "es una reunión de un grupo de síntomas y signos que simultáneamente se repiten en cierto número de enfermedades" (18) Entendiéndose que dichos síntomas y signos no son necesaria y unicamente de carácter físico, dado que también engloban las manifestaciones de tipo psíquico o psicológico, por estas razones, y disintiendo en parte con Osorio y Nieto, conservamos

y utilizamos el término en el presente trabajo, dado que a falta de otro mejor este se sigue empleando en el diagnóstico, y engloba, si no explicativamente, cuando menos en forma descriptiva, las manifestaciones tanto orgánicas como psicológicas del maltrato.

3. Concepto de Síndrome de niño maltratado: "es el uso de la fuerza física, en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercida por parte de sus padres o de otra persona al cuidado del menor" (37). Esta definición fue propuesta por Henry Kempe en 1961, y es en realidad incompleta, debido a que no toma en cuenta las características psicológicas provocadas por la agresión; además no siempre se presentan lesiones corporales, por lo que el Dr. Fontana señala que "el niño se presenta frecuentemente sin signos de haber sido golpeado, pero con pruebas secundarias de deprivación emocional, alimenticia, descuido y malos tratos" (22)

Birrel y Birrel definieron el Síndrome del niño maltratado como el "maltrato físico y/o privación de alimento, de cuidados y de afectos, con circunstancias que implican que esos maltratamientos y privaciones no resultan accidentales". (7)

En México, el Profesor Ruíz Taviel propuso se conservara el nombre "Síndrome del niño maltratado", a falta de otro mejor, pero considerando como punto oscuro la relación del agresor, define a aquel como: "el conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos, que se presentan en un menor de edad como consecuencia directa, no accidental, de un mayor de edad, en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social". (67)

Finalmente, la definición propuesta por Osorio y Nieto se enuncia así: "persona humana que se encuentra en el período 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, proveniente de sujetos que, por cualquier motivo tengan relación con ella". (62)

Como puede observarse esta última definición propuesta, se refiere al niño maltratado y no al Síndrome de este, debido a que como

lo sostiene su autor, el término Síndrome es eminentemente médico, y de lo que se trata es de dirigir la definición al sujeto -el niño-, y no hacia la sintomatología médica de la enfermedad.

Para los efectos de este trabajo se consideraron como válidas tanto la definición del Dr. Ruiz Taviel como esta última, ya que mientras la primera toma en cuenta tanto los aspectos psicológicos provocados por la agresión como la relación del agresor; la segunda involucra todos estos elementos además de referirse al "niño maltratado" más específicamente que al Síndrome de este, por todo ello se considera a ambas complementarias la una de la otra.

4. Concepto de agresión: teniendo en cuenta el marco de referencia psicodinámico, se transcribe la definición que de "agresividad" da el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis, guardando un enfoque externalizado de la agresión, en contraposición al enfoque internalizado que plantea Ochoa y Patiño.

Para los primeros, la agresividad es una: "tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etc." (44)

Para los segundos, "la agresión interna, autoagresión o destrucción contra sí mismos, se manifiesta en autocastigos, incitaciones al ataque, accidentes provocados y depresión, y es el resultado de un complejo de inferioridad, basados en aspectos inconcientes de autoculparse y la sensación de no merecer el amor que necesitan". (61)

Variables

Dadas las características de la presente investigación, no hay utilización del método experimental, por lo que no se puede clasificar a las variables en independientes y dependientes. Las únicas variables que fueron medidas a través del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños fueron: las respuestas de Dirección y Tipo de agresión ambas bajo tres niveles o categorías a saber.

- Dirección de la agresión.

Extrapunitivas o E: cuando el examinado vuelca la agresión hacia

afuera.

Intropunitiva o I: cuando la agresión se vuelca hacia adentro, es decir, hacia sí mismo.

Impunitiva o M: cuando se evita o elude toda manifestación de agresión.

- Tipo de agresión.

Predominio del Obstáculo o O-D: cuando la respuesta indica solo una perseveración o insistencia en la presencia del obstáculo.

Defensa del Yo o E-D: cuando la respuesta se refiere a la culpa**u**bilidad o inviolabilidad del Yo.

Persistencia de la Necesidad o N-P: cuando la respuesta implica en cierto modo la satisfacción de la necesidad frustrada.

Las otras variables involucradas en la investigación son variables atributivas u organísmicas (parte del organismo, es decir, son características inherentes o de propiedad de los sujetos de la muestra) y se consideraron para seleccionar y especificar con mayor rigurosidad una muestra "representativa". Ellas son:

- Síndrome de maltrato: se consideraron solo aquellos casos que a demás de dicha categoría diagnóstica compartieran los siguientes requisitos dentro del mismo diagnóstico. Que la frecuencia y duración del maltrato hayan sido prolongados y frecuentes en el tiempo; que el grado o intensidad del maltrato haya sido catalogado de grave o peligroso para la integridad física o psíquica del niño; que el maltrato haya ameritado internación del niño, o cualquier tipo de cuidado o atención ya sea intrafamiliar como extrafamiliar por parte de un médico; que además del maltrato físico y emocional, se diera cualquier tipo de descuido o desatención hacia las necesidades básicas del niño como las de alimentación, vestido, asistencia médica, escolaridad, etc.
- Edad: se trabajó con niños y niñas de 6 a 12 años de edad.
- Coeficiente intelectual o C.I.: se seleccionaron aquellos sujetos que obtuvieran un coeficiente intelectual Promedio como ba-

- se (Normal: de 90 a 109), y los niveles inmediatamente Superior e Inferior a aquel (Normal Brillante: 110 a 119 y Normal Torpe: 80 a 89), de acuerdo a la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-WISC, evaluación esta que forma parte del Estudio Psicológico completo que se practica a niños con Síndrome de maltrato en la Clínica PREMAN-DIF. Esta característica se fijó para seleccionar a la muestra, debido a que se pudo comprobar que si los niños no tenían cierto nivel intelectual, eran prácticamente incapaces de responder a la prueba.
- Escolaridad: los niños y niñas seleccionados estaban cursando Primaria o Preprimaria como mínimo, requisito este, también necesario para que pudieran ser sometidos a la prueba.
- Nivel Socioeconómico-cultural: se escogieron aquellos sujetos clasificados de acuerdo a su Situación Económica: ingresos-egresos; Descripción de la zona: Marginada, Proletaria, Estratos medios y Residencial; Características de la vivienda y Tipo de cultura: Urbana, Suburbana y Rural; que hayan sido clasificados predominantemente, en base a estos parámetros dentro de la Clase Media Baja o Baja, sin que necesariamente hayan sido excluidas las otras clases sociales.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio de Campo Ex post facto, de Prueba de Hipótesis para el caso de las dos primeras, y Exploratorio para el caso de las dos últimas.

Es un estudio de Campo Ex post facto porque se trató solo de descubrir las relaciones e interacciones que se dan entre el Síndrome del niño maltratado y el manejo de la agresión que hacen aquellos, es decir, no se tuvo el control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya sucedieron; tanto el Síndrome del niño maltratado como el manejo que este haga de su propia capacidad de agresión, ya ocurrieron, ya están dados, no pueden ser manipulables, solo medibles, que es lo que se realizó en este caso; como también, por que la investigación se realizó en el ambiente

donde los sujetos eran atendidos (Clínica PREMAN-DIF).

Es de Prueba de Hipótesis, en el caso de las dos primeras hipótesis formuladas, porque en ambas vamos más allá de descubrir que relaciones pueden darse entre el maltrato y el manejo de la agresión en los niños que lo padecen, para plantear inclusive, la tendencia o dirección que tendrá dicha relación, al decir que será Intropunitiva y de Predominio del Obstáculo.

Finalmente, es Exploratorio para el caso de las dos últimas hipótesis, dado que en ellas solo se plantea ver si existen relaciones entre el manejo de la agresión en niños maltratados y la edad y el sexo de los mismos sin plantear como serán o que dirección tendrán dichas relaciones.

Diseño

Se utilizó un Diseño Pre Experimental de una sola muestra, debido a que la presente investigación no cubre los requisitos de la verdadera experimentación que implicaría el uso de un Diseño Experimental, es decir, no se cuenta con los dos grupos como mínimo, el experimental y el de control; no existe manipulación de una variable independiente por lo menos; y por último, tampoco se realiza la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos y la asignación al azar de los tratamientos a los grupos.

Muestreo

La selección de la única muestra con la cual se trabajó se llevó a cabo por medio de un Muestreo no Probabilístico Intencional por cuotas, pero con la utilización de instrumentos de medición que nos permitieron mayor exactitud en la selección de solo aquellos casos considerados "típicos o representativos" para el grupo; es decir, se tomaron aquellos pacientes que citados a la Clínica de PREMAN y habiendoseles aplicado los estudios: Médico-psiquiátrico, Psicológico y Socioeconómico-cultural, presentaran el diagnóstico de Síndrome del niño maltratado, y sobre todo los requisitos estipulados neces-

rios dentro de esa categoría diagnóstica, a más de las otras variables o requisitos definitorios de la muestra (ambos citados en Variables).

No se pudo hacer uso de un Muestreo Aleatorio Probabilístico dada la gran dificultad para poder reunir y trabajar al mismo tiempo, con un número considerable de casos, sin que se presentaran deserciones e interrupción en los estudios previos a la aplicación misma del instrumento de medición.

Sujetos

La muestra en estudio estuvo compuesta por 31 sujetos, 17 niños y 14 niñas con diagnóstico de Síndrome de niño maltratado, a más de los requisitos estipulados necesarios dentro del mismo diagnóstico; de 6 a 12 años, de Coeficiente Intelectual Promedio Normal como base, además de los niveles inmediatamente Superior e Inferior a este; de nivel Socioeconómico-cultural Bajo o Medio Bajo en la mayoría de los casos, y con una escolaridad mínima de Primaria o Preprimaria.

La media obtenida por los 31 sujetos de la muestra en C.I. fue de Promedio Normal; la de escolaridad correspondió a Primaria en sus diferentes niveles, y la de condición Socioeconómica-cultural fue de Clase Media Baja en general. (Se anexa Cuadro I).

Escenario

Las entrevistas y el instrumento de la investigación, fueron aplicados en forma individual a cada uno de los sujetos de la muestra en el Consultorio Número 21 del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Salud Mental=DIF.

Instrumento

El instrumento de medición utilizado en esta investigación fue el Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños del cual daremos una breve descripción.

Esta prueba es el resultado directo de la investigación experimental, teóricamente orientada y está basada en los principios generales de la Teoría de la Frustración desarrollada por Saul Rosenzweig.

El supuesto básico del Test P-F es el de que el examinado se "proyectará" en la situación estímulo y posiblemente "se identificará" con la figura central, esto es, el personaje frustrado en cada caso.

En su forma para niños esta técnica abarca el rango de edad comprendido entre los 4 y los 13 años. El estudio consiste en 24 cuadros de tipo historieta, cada uno de los cuales representa una situación frustradora cotidiana que implica a dos personas, cuyos rasgos faciales son casi indefinidos para poder favorecer la identificación por parte del examinado.

El fin de la aplicación consiste en obtener la primera asociación del examinado y facilitar una situación de proyección en la cual aquel se identifique con el personaje del dibujo.

La aplicación del Test consiste en presentarle al examinado las 24 láminas, una por vez, para lo cual se utilizaron las siguientes instrucciones: "cada uno de los siguientes cuadros contienen dos o más personas, si te fijas en cada cuadro una de las personas le dice algo a la otra. Lo que yo quiero que tu hagas es que escribas en este papel (o que me digas), la primera respuesta que se te ocurre respondería el personaje de la lámina. No hace falta que lo pienses mucho, recuerda que debe ser lo primero que te venga a la mente. Quiero que trabajes lo más rápido que puedas". Una vez que los sujetos responden a la primera lámina, se verifica la comprensión de las instrucciones. Si estas fueron comprendidas los sujetos continúan hasta terminar con las restantes láminas siguiendo el orden numérico. No existe tiempo límite para la aplicación.

En nuestro caso particular, sobre todo con los niños pequeños (de 6 a 8, inclusive 9 años) debimos anotar sus respuestas en el protocolo para ser más ágil la aplicación. Terminada esta anotábamos el tiempo que duró la misma.

Es bueno señalar, que en las láminas: 2, 6, 20 y 21 adoptamos los cambios establecidos en la Tesis de Cuevas y Olvera (12), en lo que respecta a las siguientes palabras que no son de uso común en México:

sos = eres

monopatín = patín del diablo

tejo = canica

hamacarme = columpiarme

La segunda fase de la aplicación consiste en el interrogatorio, durante el cual se pide al examinado que lea en voz alta las respuestas que ha escrito y el examinador anota todas las particularidades que podría ayudar a dilucidar la intención de la respuesta para su evaluación.

Las respuestas dadas por el examinado se computan según dos dimensiones principales: Dirección y Tipo de agresión. La Dirección de la agresión se divide a su vez en Extrapunitiva, Intropunitiva e Impunitiva. El Tipo de agresión se clasifica en Predominio del Obstáculo, Defensa del Yo y Persistencia de la Necesidad.

La interpretación del Test puede ser tanto cuantitativa como cualitativa. De acuerdo con la primera, se puntúan y se obtienen porcentajes para las diferentes categorías de C.G.R., Perfiles, Esquemas y Tendencias. Para los objetivos de la presente investigación no fueron obtenidos ni Tendencias, ni C.G.R., tampoco los puntajes expresados en porcentajes fueron transformados a nota estandar, debido a que no se cuentan con normas para la población infantil de México.

En cuanto a la interpretación cualitativa, básicamente esta se realiza tomando en cuenta los índices numéricos obtenidos en la interpretación cuantitativa, y sobre todo, de acuerdo a los elementos teóricos proporcionados por la Teoría de Frustración de Rosenzweig. No hay que olvidar que esta se enmarca dentro de un contexto psicodinámico, por lo que la interpretación cualitativa considera, sino en un nivel profundo o implícito, si en uno manifiesto, los factores de la psicodinamia del examinado para la interpretación de sus respuestas.

La confiabilidad de la prueba se ha investigado mediante los métodos de División por mitades, Retest e Interjueces. Esta última fue estudiada por Clarke, Rosenzweig y Fleming, en la forma adulta de la prueba, considerada paralela a la de niños, obteniéndose un acuerdo inicial de aproximadamente 85%. (10) Es de acuerdo con esta última forma de obtener la confiabilidad que en el presente trabajo la obtu-

vimos, logrando un 85% de acuerdo entre los tres jueces empleados en este caso, y que responde al criterio establecido por el Manual al respecto. La validez de la prueba ha seguido tanto métodos convencionales como otros que no lo son tanto. Los métodos convencionales implican la correlación de juicios o puntajes referidos al P-F. Los métodos de validación no convencionales han dependido en gran medida de la creación de nuevos enfoques, por ejemplo, el de las predicciones clínicas sucesivas. La validez del PFT aumenta y sus potencialidades son máximas cuando se lo utiliza en una batería de tests y con un mismo sujeto, puesto que esa circunstancia aumenta la población de hechos a partir de los cuales pueden deducirse las normas interpretativas individuales.

Además de dicha prueba, y para los fines de selección de la muestra deseada se aplicaron la Escala de Inteligencia Wechsler para niños-WISC, y un breve Cuestionario Socioeconómico-cultural.

Procedimiento

Se procedió, en primer lugar, a formar el grupo con el cual se trabajó compuesto por 31 sujetos, realizando previamente la selección de la muestra que lo iba a componer, conforme a las variables o características definitorias previamente establecidas de: diagnóstico de Síndrome del niño maltratado, edad, C.I., escolaridad y nivel socioeconómico-cultural; datos estos obtenidos a partir de los Estudios Médico-psiquiátrico, Psicológico y Socioeconómico-cultural que se practican a los casos de maltrato que llegan a la Clínica PREMAN-DIF.

Fue necesario equilibrar, dentro de la muestra, el número de casos, por sexo y por edad, para lograr formar grupos de comparación respondiendo a lo postulado en las dos últimas hipótesis, lo cual obligó a realizar más estudios de los que forman la muestra, y posteriormente a escoger un número más o menos proporcional para cada grupo, sobre todo en lo que respecta a la edad.

Habiendo reunido inicialmente un número (aproximadamente 10 casos), que cumplieran con los requisitos definitorios para la muestra, se procedió a citar a cada uno de los casos en el Consultorio Número 21 del

Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Salud Mental-DIF donde se realizaba entrevista con los padres y el niño por separado, y posteriormente se sometía en forma individual a cada niño a la situación de prueba del Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños. En cada situación de prueba, el sujeto debía dar la primera respuesta que se le ocurriera ante una serie de 24 láminas, de acuerdo al texto escrito en cada una de las mismas, y tratando de adoptar el lugar del personaje en cada caso. Dichas respuestas eran registradas manualmente en los protocolos u hojas de tabulación destinadas para ese fin, o en algunos casos, muy pocos, el niño escribía sus respuestas en las mencionadas hojas.

Terminada la aplicación de la prueba se anotaba el tiempo total que llevó la misma, y se procedía a realizar la encuesta donde cada niño leía en voz alta, cada una de las respuestas que había escrito o que en su defecto nos la habían dictado, planteándole preguntas no directivas que ayudaban a aclarar las respuestas ambiguas o muy breves. También se tomaban notas de las inflexiones tonales, expresiones faciales y otros comentarios realizados durante la lectura por cada niño. Este mismo procedimiento se siguió en un número mayor de casos de los presentados en esta investigación, hasta obtener el grupo que respondía a todos los requerimientos establecidos previamente.

La calificación de cada uno de los protocolos de prueba se realizó conforme a las reglas traídas por el Manual de la prueba. Dicha calificación fue realizada por tres personas o jueces, con práctica y conocimiento en el manejo de la prueba, en forma separada, o sea que se calificó tres veces cada prueba, evaluándose la confiabilidad en base a la siguiente fórmula:

$$\text{Conf.} = \frac{\text{acuerdos}}{\text{acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100$$

El resultado fue de un 85% de acuerdo, el cual concuerda con lo requerido en las normas del Manual para considerar confiable la calificación. Los puntajes brutos obtenidos fueron convertidos a porcentajes, conforme lo establece el Manual, y no fueron transformados a notas estandar porque no se cuenta con normas de comparación para México.

Respondiendo a las hipótesis planteadas, en cuanto a la Dirección y el Tipo de agresión, se obtuvieron solamente los Perfiles correspondientes a las dos variables mencionadas, los cuales se expresan en porcentajes. También se obtuvieron Patrones o Esquemas con miras a que contribuyeran en la interpretación de los Perfiles correspondientes a la Dirección y Tipo de agresión.

No se plantearon hipótesis sobre las Tendencias, por lo que no fueron trabajadas. Tampoco se obtuvo el CGR debido a que no se cuenta con parámetros de comparación para nuestra población infantil en México.

Finalmente, es importante destacar, que a pesar de los contactos previos a la misma situación de examen, que se tuvieron con cada caso, interviniendo en las actividades propias de la Clínica, se logró obtener toda la cooperación necesaria de parte de los padres, y en especial del niño, tratando con ello de lograr una ejecución mas abierta y confiada, difícil de obtener a nivel de instituciones oficiales, que no distorsionaran los resultados finales de la prueba.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos con el Test de Frustración de Rosenzweig-Forma para niños se expresan en porcentajes para las dos variables estudiadas, la de Dirección y Tipo de agresión, cada una en sus tres niveles de respuestas: Extrapunitivas (E), Intropunitivas (I) e Impunitivas (N); Predominio del Obstáculo (O-D), Defensa del Yo (E-D) y Persistencia de la Necesidad (N-P) respectivamente, los mismos se describen en las Tablas 1, 2, 3 y 4, y corresponden a los datos sometidos posteriormente a tratamiento estadístico para la comprobación de cada una de las cuatro hipótesis formuladas.

Analisis estadístico-comprobación de hipótesis

Cada una de las cuatro hipótesis formuladas en esta investigación fue sometida para su comprobación a Pruebas Estadísticas no Paramétricas. La razón de ello radica en que por las características de nuestro estudio, las cuales fueron descritas anteriormente, no se contaba con los requisitos o condiciones para la utilización de la Estadística Paramétrica. Así, se desconocen los parámetros de la población en estudio y se carece de puntajes producto de una medición que por lo menos tenga la fuerza de una escala de intervalo, ya que todos los datos se expresan en porcentajes, los cuales corresponderían a una escala ordinal de medición.

Para la comprobación de la primera y segunda hipótesis se aplicó un Analisis de Varianza de dos clasificaciones por rangos de Friedman, dado que se trata de datos de K muestras igualadas (se está estudiando el mismo grupo de 31 sujetos en cada una de las K condiciones: Extrapunitivo (E), Intropunitivo (I), Impunitivo (M), Predominio del Obstáculo (O-D), Defensa del Yo (E-D) y Persistencia de la Necesidad (N-P); y por otro lado los datos (porcentajes de tablas 1 y 2) se encuentran en una escala ordinal.

Este analisis permitió inicialmente probar si la hipótesis de nulidad, que sostenía la semejanza entre las K muestras igualadas (los datos correspondientes a E, I, M, O-D, E-D y N-P, dados en porcenta

jes en las Tablas 1 y 2) podía o no ser rechazada, para que posteriormente se aplicara una prueba complementaria al Análisis de Varianza de Friedman, la Prueba L de Page (también no paramétrica), para determinar si es que habiendo previamente comprobado la existencia de diferencias en los datos, de acuerdo a las condiciones aplicadas, cual era la tendencia predominante, es decir, cual de las condiciones aplicadas (E, I, M, O-D, E-D y N-P) pesaba más.

Resumen del procedimiento para la comprobación de la primera hipótesis aplicando el Análisis de Varianza de Friedman.

Estos son los pasos realizados en el Análisis de Varianza de dos clasificaciones por rangos de Friedman para comprobar la primera hipótesis: 1. Se arreglaron los puntajes en una Tabla de dos clasificaciones de k columnas (condiciones) y N hileras (sujetos o grupos), tal como se observa en la Tabla 1. 2. Se ordenaron los puntajes de cada hilera, de 1 a k. 3. Se determinó la suma de los rangos de cada columna: R_j. 4. Se calculó el valor de Xr^2 con la fórmula:

$$Xr^2 = \frac{12}{Nk(k+1)} \sum (R_j)^2 - 3N(k+1)$$

5. El método para determinar la probabilidad de ocurrencia conforme a H_0 asociada con el valor observado de Xr^2 , depende de los tamaños de N y k; para N o k, o ambas grandes, la probabilidad asociada puede determinarse por referencia a la distribución χ^2 chi cuadrada (dada en la Tabla C, Siegel) (68), con grados de libertad $gl = k - 1$. 6. Si la probabilidad obtenida con el método debido es igual a o menor que α , se rechaza H_0 .

Los resultados para la primera hipótesis se observan en la siguiente Tabla:

TABLA V. RESULTADOS DE LA PRIMERA HIPOTESIS

Nivel de Significancia	$\alpha = .05$; N = 31
Grados de libertad	$k - 1 = 3 - 1 = 2$ gl

<p>Estadística del Análisis de Varianza de Friedman calculada.</p>	<p>$Xr^2 = 36.84$</p>
<p>Distribución muestral</p>	<p>Al ser calculada por la fórmula expresada más arriba, Xr^2 está distribuida aproximadamente con Chi cuadrada con $gl = k - 1$, y cuando N o k, o ambas son grandes. Así, la probabilidad asociada con la ocurrencia conforme a H_0 de un valor tan grande como el valor observado de Xr^2, puede determinarse por referencia a la Tabla C de acuerdo a Siegel. (68)</p>
<p>Región de rechazo</p>	<p>La región de rechazo consistió en todos los valores de Xr^2 tan grandes que la probabilidad asociada con su ocurrencia conforme a H_0 sean iguales o menores que $\alpha = .05$.</p>
<p>Decisión</p>	<p>La referencia a la Tabla C (68), indica que $Xr^2 = 36.84$, cuando $gl = k - 1 = 3 - 1 = 2$, es muy significativo, más allá del último nivel de .001 traído por la Tabla. Ya que la $p < .001$ (último nivel hallado en Tablas), es menor que nuestro nivel de significancia previamente establecido de $\alpha = .05$, se rechaza H_0. La conclusión es que existen diferencias significativas entre los puntajes de la Dirección de la agresión, es decir, entre E, I y M.</p>
<p>Estadística de la Prueba L de Page</p>	<p>$L = 419$ para el puntaje de Dirección de la agresión Intropunitivo.</p>

Interpretación	El valor obtenido de $L = 419$ para el puntaje de Intropunitividad fue comparado con los calculados para los puntajes de Extrapunitividad e Impunitividad, encontrándose que este valor era altamente significativo por lo que se puede concluir que la tendencia o Dirección de la agresión en niños con Síndrome de Maltrato es mayormente Intropunitiva conforme a lo postulado por la primera hipótesis de este trabajo.
----------------	--

La segunda hipótesis, también fue sometida para su comprobación a las dos pruebas no paramétricas anteriores, es decir al Análisis de Varianza de Friedman y la Prueba L de Page.

Los resultados para esta segunda hipótesis se expresan en la siguiente Tabla.

TABLA VI. RESULTADOS DE LA SEGUNDA HIPOTESIS

Nivel de significancia	= .05 ; N = 31
Grados de libertad	$k - 1 = 3 - 1 = 2$ gl
Estadística del Análisis de Varianza de Friedman calculada.	$\chi_r^2 = 19.85$
Distribucion muestral	La misma que la correspondiente a la primera hipótesis (Tabla V)
Región de rechazo	Igual que la primera hipótesis (Tabla V)
Decisión	La referencia a la Tabla C (68) indica que $\chi_r^2 = 19.85$, cuando $gl = k - 1 = 3 - 1 = 2$, es muy significativo, más allá del último nivel de .001 traído por la tabla. Ya que $p < .001$ (último nivel

	hallado en tablas), es menor que el nivel de significación previamente establecido de $\alpha = .05$, se rechaza H_0 . La conclusión es que existen diferencias significativas entre los puntajes del Tipo de agresión, es decir, entre O-D, E-D y N-P.
Estadística de la Prueba L de Page	L = 406 para el puntaje de Tipo de agresión Predominio del Obstáculo.
Interpretación	El valor obtenido de L = 406 para el puntaje de (O-D) fue comparado con los calculados para E-D y N-P, encontrándose que este valor era altamente significativo conforme a $\alpha = .05$, por lo que se puede concluir que el Tipo de agresión en niños con Síndrome de Maltrato es mayormente Predominio del Obstáculo, conforme a lo postulado por la segunda hipótesis de este trabajo.

Para la comprobación de la tercera hipótesis se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney, dado que se trataba de probar si dos grupos independientes (uno de niños y otro de niñas), habían sido seleccionados de la misma población, o si por el contrario, diferían entre sí de acuerdo con las condiciones aplicadas (variables de Dirección y Tipo de agresión en sus tres niveles correspondientes cada una: E, I, y M; O-D, E-D, y N-P respectivamente), además de contar con datos en una Escala Ordinal. En este caso, el nivel de significancia fué también de $\alpha = .05$; $N = 31$; donde $n_1 = 14$ (niñas) y $n_2 = 17$ (niños).

Los valores calculados para la U de Mann-Whitney fueron contrastados con los de la Tabla K, (68), comprobándose que no existían diferencias significativas en el manejo de la Dirección y el Tipo de agresión entre niños y niñas con Síndrome de Maltrato, por lo tanto

aceptamos H_0 .

Para la comprobación de la cuarta y última hipótesis se hizo uso de un Análisis de Varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis, dado que se trataba de decidir si K muestras independientes (se trata de tres grupos de edades diferentes: de 6 a 7; de 8 a 9 y de 10, 11 y 12 años), eran o no de poblaciones diferentes, es decir, si dependiendo de las condiciones aplicadas a los grupos de edades (variables de Dirección y Tipo de agresión: E, I y M; O-D, E-D y N-P respectivamente), aquellos diferían entre sí, contando siempre, con datos en una Escala Ordinal.

Como en el anterior caso, no se expondrán tablas dada la brevedad de los datos a describir.

También se trabajó con un nivel de significancia de $\alpha = .05$; $N = 31$; donde $n_1 = 9$ (de 6 a 7 años); $n_2 = 9$ (de 8 a 9 años) y $n_3 = 13$ (10, 11 y 12 años).

Los valores calculados para la Estadística H del Análisis de Varianza de Kruskal-Wallis fueron contrastados con los de la Tabla C (68), comprobándose que no existían diferencias significativas en el manejo de la Dirección y el Tipo de agresión por grupo de edades en niños con Síndrome de Maltrato, por lo tanto aceptamos H_0 .

DISCUSION

Este apartado se propone explicar o interpretar los resultados obtenidos a través de la Prueba de Rosenzweig, los cuales ya fueron descritos en el capítulo de Resultados, como también señalar la importancia y significación de los mismos.

De acuerdo a las normas del Manual de la Prueba de Rosenzweig-Forma para niños se realizó una interpretación cuantitativa y otra cualitativa de los resultados obtenidos con la misma.

Interpretación cuantitativa

De acuerdo con la primera hipótesis planteada sobre la Dirección de la agresión en niños con Síndrome de Maltrato, los datos demuestran que existen diferencias significativas entre los tres niveles de la variable mencionada; es decir, los puntajes obtenidos por cada uno de los sujetos de la muestra en las categorías Extrapunitiva, Intropunitiva e Impunitiva son diferentes entre sí.

Estos datos comprueban el 50% de la afirmación implícita sostenida por la primera hipótesis, ya que el otro 50% se refiere a la tendencia o Dirección predominante que tendrá el manejo de la agresión en niños con Síndrome de Maltrato, que según aquella, sería mayormente Intropunitiva, aspecto este que también pudo comprobarse; ya que se encontró que de 31 casos de Síndrome de niño maltratado, 22 presentaban respuestas de Intropunitividad en porcentaje mucho mayor con relación a las dos Direcciones restantes (Tabla VII). Vemos pues, que en un 71% de los casos, la primera hipótesis es totalmente comprobada conforme a los datos arrojados por el tratamiento estadístico.

Con respecto a la segunda hipótesis, sobre el Tipo de agresión predominante en niños con Síndrome de Maltrato que afirmaba sería mayormente Predominio del Obstáculo, pudo comprobarse inicialmente, como en el caso de la primera hipótesis, que existían diferencias significativas entre los niveles de la variable Tipo de agresión; es decir, que los puntajes obtenidos por los sujetos de la muestra en las categorías de Predominio del Obstáculo, Defensa del Yo y Persistencia de

la Necesidad eran diferentes entre sí, de acuerdo con el nivel de significancia ($\alpha = .05$), previamente establecido para el análisis estadístico. Posteriormente, y conforme también a los datos arrojados por la aplicación del tratamiento estadístico, se pudo comprobar en forma muy significativa, en el mismo número de casos (22 casos de 31), y lo que es más importante y relevante para los alcances de esta investigación, en los "mismos sujetos" que habían presentado un manejo Intropunitivo en la Dirección, que el Tipo de agresión prevaleciente como manejo en los niños maltratados, era el correspondiente a Predominio del Obstáculo. Con esto se comprobó, de manera muy significativa, la afirmación de la segunda hipótesis también en un 71% de los casos (Tabla VIII).

Con relación a la tercera y cuarta hipótesis, las cuales sostenían la afirmación de que se presentarían diferencias de acuerdo al sexo y a la edad de los niños maltratados en la Dirección y Tipo de agresión, ambas hipótesis, tuvieron que ser rechazadas conforme a los datos proporcionados por el análisis estadístico. Este resultado indica pues, que en los niños maltratados, no importa el sexo o la edad que tengan, el manejo que ellos hagan de su propia capacidad de agresión, en cuanto a Dirección o Tipo será siempre el mismo; es decir, observaran casi todos el mismo patrón típico de respuesta en cuanto al problema estudiado, sin que dicho patrón, se vea afectado por las variables de edad o sexo.

Estos datos eran de esperarse, ya que al ser probadas las dos primeras hipótesis, es decir, al comprobarse que existía un manejo característico y diferenciable, tanto en la Dirección como en el Tipo de la agresión, en un 71% de los casos de niños maltratados, era lógico encontrar que dicho patrón típico de respuesta no podría verse alterado por las variables de edad y sexo en el porcentaje mínimo de casos restantes (29% = 9 sujetos).

En este punto, cabe solo decir, que las dos últimas hipótesis vinieron con su rechazo a reconfirmar o ratificar la comprobación y aceptación de las afirmaciones de Intropunitividad y Predominio del Obstáculo sostenida por las dos primeras.

Con relación al 29% de casos (9 sujetos), en los cuales no se cum-

plen las afirmaciones de las dos primeras hipótesis aceptadas, se debe decir, que estadísticamente no representan un problema para la validez y representatividad de los datos obtenidos. Además, existe una explicación para el comportamiento de dichos resultados. En la revisión mas detenida e individual de los casos que no respondían a las hipótesis, se pudo comprobar que eran en su mayoría niños que ya antes habían pasado por algún tipo de tratamiento (Terapia de juego, de Apoyo, de Grupos, etc.), o bien habían sido separados de los padres maltratadores en repetidas ocasiones por intervenciones de los familiares de uno de los cónyuges.

Al recibir el niño ayuda profesional esporádica e interrumpirse, con cierta frecuencia, el maltrato por la intervención de personas muy cercanas consanguínea y afectivamente a aquel (abuelos, tíos, etc.), y sobre todo, el hecho de que el niño estuviera en conocimiento de que podría contar con la protección de alguien, hizo, a nuestra manera de analizar los hechos, que los 9 niños maltratados se vieran con cierta ventaja con respecto a los 22 restantes, que no contaron con dichas oportunidades; y lo que es más importante con relación a los datos específicos, se puede observar que en todos estos casos, la Dirección de la agresión es Extrapunitiva, en tanto que el Tipo de agresión no está totalmente definido, ya que se dan: 5 casos con Defensa del Yo; 3 con Persistencia de la Necesidad y 1 caso que comparte porcentajes iguales en Predominio del Obstáculo como Defensa del Yo (Tabla IX).

Estos resultados confirman de forma significativa las afirmaciones del enfoque que sobre el problema se sostenía. Este expresaba que la Intropunitividad y el Predominio del Obstáculo se darían en una etapa temprana coincidente con el maltrato, donde el niño carecía de la fuerza, seguridad y protección para manifestar sus impulsos agresivos de una manera más abierta, reclamatoria o exigente; es decir, de otra forma que no fuera la mencionada, ya que de lo contrario, aumentaría la carga de agresión sobre sí. Se argumentaba también, la sujeción de una segunda etapa en el futuro de adultez del niño maltratado, donde el manejo de la agresión dejaría progresivamente, de ser Intropunitivo para revertirse en una Extrapunitividad compensatoria

de la represión vivida por sus propios impulsos agresivos, esta hipótesis confirmaría la sostenida por varios investigadores, quienes afirman la "conversión" de todo niño maltratado en padre maltratador.

Finalmente, se considera que el comportamiento de los resultados en los 9 casos mencionados y la presencia de factores comunes que explican a los mismos, debe ser tomado muy en cuenta como elemento sumamente alentador para el tratamiento y la prevención del maltrato, ya que en ellos se aprecia que una intervención temprana, y en muchos casos solamente esporádica, es suficiente para cambiar el rumbo del problema, dado que en estos casos la Extrapunitividad no debe ser interpretada como una Dirección negativa de la agresión, sino como un mecanismo de defensa, notablemente útil, que permitirá al niño descargar toda la agresividad reprimida, que al ser canalizada y dirigida adecuadamente en una terapia, impedirá tal vez que ese niño repita de adulto, en un intento compensatorio, el mismo patrón de maltrato con sus hijos.

Interpretación cualitativa

Considerando las bases psicodinámicas de la prueba y los lineamientos de la misma para la obtención de un Perfil Psicológico de la agresión a partir de los datos logrados, se procedió a realizar inicialmente, una interpretación por cada caso, para posteriormente, conforme a aquellas y de acuerdo al enfoque experiencial del problema, como también siguiendo los de autores mencionados en el marco de referencia, tratar de delinear un Perfil común para todos los sujetos. Se recuerda, que el siguiente Perfil no toma en cuenta el CGR, las Tendencias, ni la conversión de los puntajes en nota estandar, dado que como ya lo expusimos, no fueron trabajadas por carecer de parámetros para la población infantil de México.

Perfil de niños maltratados

Los niños maltratados presentan un manejo típico, diferenciable de su propia capacidad de agresión ante la presencia de frustraciones

repetidas y constantes que significa el maltrato en sus diferentes formas.

El patrón de respuesta del niño abusado se caracteriza por una Dirección Intropunitiva de la agresión y un Tipo de agresión correspondiente al Predominio del Obstáculo. Esto significa, que sus reacciones ante los obstáculos frustrantes, y sobre todo ante el mayor de ellos, al que se enfrenta cotidianamente, el maltrato, consiste en eliminar la tensión volcando la agresión hacia adentro, hacia sí mismo, dirigiendola contra su propia integridad física y psíquica, con la ayuda o el complemento necesario del Predominio del Obstáculo, que sin llegar a ser en principio, un Tipo de agresión ni constructivo (N-P), ni destructivo (E-D), representaría entonces, uno en el cual, la respuesta de agresión es restringida, inhibida, reprimida, antes de que alguno de los otros dos modos puedan ponerse en funcionamiento. Es pues, a este nivel incipiente, podríamos llamarle también, inmaduro, débil, pero sobre todo dañino, perjudicial para su propio crecimiento físico y psíquico, de manejo de la agresión, que el niño maltratado queda prácticamente estancado, paralizado en su desarrollo, independientemente, como lo pudimos probar, del sexo y de la edad, por las razones aludidas en la postura experiencial del problema.

En esta, se sostenía que el niño maltratado dirigía su capacidad de agresión reprimida hacia sí mismo, autoagrediendo, bajo la forma de incitar o de provocar el maltrato por parte de sus agresores, debido a un gran sentimiento de culpa por haber defraudado las expectativas y esperanzas puestas en él por sus padres. También, que esa Intropunitividad respondía al convencimiento que tenían, por la misma razón ya expuesta, de ser merecedores del abuso y las vejaciones de que eran objeto por parte de una autoridad, que reconocían con todo el derecho de hacer con ellos lo que considerasen conveniente, aún cuando eso significase poner en peligro sus propias vidas, amparados por el título de padres.

Se argumentaba además, la dualidad Intropunitividad-Predominio del Obstáculo, como el patrón típico de respuesta y como el mecanismo de defensa necesario, de una primera fase o etapa coincidente o

simultánea al maltrato, dado que de no suceder así, la carga de agresión aumentaría por parte de los agresores. Es cierto, que dicha carga no es detenida o eliminada por este manejo que hace el niño, pero cuando menos no se ve incrementada, lo que significaría a estas alturas una mortalidad mucho más elevada que la existente. No hay que olvidar, que el manejo que hace el niño, es, podríamos decir un doble juego, ya que por un lado trata de no incrementar la carga de agresión que podría aniquilarlo, pero por otro, la incita por su misma necesidad de autocastigarse ante sus sentimientos de culpa, y ante aquel otro aspecto, del cual también se hablaba, y que se refiere a la "erotización del maltrato" o a un "masoquismo incipiente" para algunos autores, pero que para nosotros estaría más bien relacionado con el hecho de que el lenguaje del maltrato, es la única forma de comunicación y de contacto que conocen estos niños con sus padres; además, es en muchos casos, la única oportunidad propiciatoria de un acercamiento posterior al abuso, con intención a veces, de compensarlo o disculparlo, de ahí también, el hecho de que parezcan necesitarlo.

Podemos concluir pues, con un lenguaje más dinámico, que en el niño maltratado se conjugan en su presente de maltrato, una excesiva o casi impermeable tolerancia a la frustración; una fuerza Yoica y Super-yoica muy endeble o incipiente, para presentar reacciones adecuadas de defensa ante las amenazas y agresiones, ya que como se sostenía, si bien es cierto, que el manejo Intropunitivo-Predominio del Obstáculo es la única alternativa defensiva que le queda, esta sigue siendo inadecuada, y en grados mayores, hasta patológica para su desarrollo integral. Entre los mecanismos de defensa que forman parte del repertorio del niño maltratado se encuentran: la introyección, la represión, la negación, la restricción del Yo, la ambivalencia y el aislamiento entre otros

ALCANCES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

En primer lugar se hará mención de las limitaciones que creemos presenta este trabajo y las sugerencias para replicarlo o complementarlo.

1. Solo nos avocamos a un aspecto clave, pero parcial, limitado, del problema del maltrato: el manejo de la agresión en niños que padecen el Síndrome de Maltrato. Consideramos por ello que sería muy necesario e importante para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de esta problemática, ampliar el estudio, o bien ir complementándolo con otras investigaciones que consideren otros aspectos de la personalidad del niño maltratado, e inclusive de los mismos padres maltratados.

2. Sugeriríamos replicar el estudio con la misma severidad aplicada en la selección de la muestra representativa utilizada, pero con la realización de un muestreo aleatorio, la inclusión de un grupo control y la asignación al azar de los sujetos y de las condiciones a los grupos para poder tener las ventajas que implicaría la aplicación del Método Experimental y la Estadística Paramétrica a los datos obtenidos.

3. Teniendo en cuenta lo anterior, los resultados logrados en este trabajo solo pueden ser generalizados a la muestra y población de niños maltratados que acuden a la Clínica PREMAN-DIF y responden a las características señaladas como definitorias de la muestra seleccionada.

4. También sería pretencioso, pero no imposible aumentar el número de sujetos en la muestra considerando las mismas u otras variables definitorias; para el caso de replicar el estudio con la misma Prueba de Rosenzweig sugeriríamos, si es que para entonces, no existen aún normas para la población infantil de México, obtener las tendencias que en esta oportunidad no fueron trabajadas.

5. Por último, sería muy interesante, considerar la posibilidad de incluir a niños maltratados de estratos sociales altos, ya que como lo expresamos en su oportunidad, el maltrato no respeta clase social, profesión, religión o raza, y para el caso de aquellos el abuso está talvez más tecnificado o más sofisticado pero existe, y lo que es más

grave con mayores posibilidades de ocultarlo, y por lo tanto, con mayor desventaja y peligro, por primera vez, para esos niños.

Aspectos importantes y de valor aportados por este estudio son:

1. El haber reunido una muestra considerable en número, y que cuenta con la seguridad de ser representativa del Síndrome de Maltrato, dificultad esta muy raramente salvada por estudios anteriores, tanto más nacionales que extranjeros.

2. La realización de una selección muestral cuidadosa, considerando variables muy necesarias como: edad, sexo, C.I., escolaridad y nivel socioeconómico-cultural, para la definición y conformación de un grupo más o menos homogéneo que pudiera responder a los requerimientos de la prueba y que eliminará, como en el caso específico del C.I., otros factores sumados al maltrato como retraso mental, daño orgánico, etc. que pudieran distorsionar los datos finales.

3. La obtención de los Perfiles, considerando tanto la Dirección, como el Tipo de agresión en la Prueba de Rosenzweig, es un aspecto que no había sido estudiado por otras investigaciones; inclusive la citada en Antecedentes, solo realiza el análisis de la Dirección, más no del Tipo de agresión. Creemos, que esta última variable, debería ser estudiada en todos los casos, ya que es el complemento necesario para obtener un Perfil Psicológico de la agresión, y sin ella los datos se ven incompletos y quizá, hasta distorsionados.

4. La desviación presentada por los 9 casos ya mencionados en los Resultados finales, es importante destacar, ya que ella no afecta en nada la validez y representatividad de los datos que sí comprueban las dos primeras hipótesis, y por el contrario, puede ser sumamente útil para plantear los lineamientos a seguir en la Prevención primero, y en el Tratamiento después, del maltrato; ya que como se vió, los 9 casos comparten factores comunes que explican su comportamiento diferente al típico en los datos obtenidos.

5. El planteamiento de una postura personal, explicativa diferente, del manejo de la agresión en niños con Síndrome de Maltrato, basada en la experiencia más que en una elucubración teórica, en el trabajo clínico, el contacto y la observación de cientos de casos de Síndrome

de niño maltratado, es un aporte muy importante, más aún después del comportamiento observado por los resultados obtenidos en este trabajo. Se lo juzga un logro importante, debido a que dicho planteamiento se arriesgó, y creemos se seguirá poniendo a prueba a partir de estos resultados en futuras investigaciones, dado que todas las posturas analizadas y datos recabados de otros estudios, en la mayoría extranjeros, sostenían, sino totalmente, sí en su mayor parte, un planteamiento opuesto de Extrapunitividad en el manejo de la agresión en niños maltratados. Es necesario señalar, que la postura experiencial del problema si bien es en esencia personal, se ve en muchos de sus aspectos, apoyada y sustentada por elementos proporcionados por los autores citados en el marco de referencia.

6. El exhaustivo trabajo de revisión bibliográfica realizado, analizando contenidos y posturas, en su mayoría expresadas en el idioma inglés, proporciona un abundante y completo material de guía para futuras investigaciones en este campo.

7. Finalmente, es nuestro mayor deseo que el presente trabajo sea el antecedente de una larga lista de investigaciones sobre el tema y otros aspectos del maltrato, que contribuya a despertar la inquietud y el interés de otros jóvenes investigadores, ya que como sabemos existe una gran ausencia de aquellos, y sobre todo, una inmensa necesidad de contar con estudios que respondan a la realidad y características del maltrato en México; dado que ninguna extrapolación de lo extranjero podrá ser útil en este caso, solo pueden servir de limitada referencia, más no pueden suplir a los trabajos que se realizan sobre el tema en el medio nacional, ni mucho menos podrían, delinear formas de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención del maltrato, sin incurrir en distorsiones y falsas apreciaciones sobre el mismo.

CONCLUSIONES

De la presente investigación se derivan las siguientes conclusiones:

1. El niño maltratado tiene un manejo típico, identificable, de su propia capacidad de agresión, ante las situaciones frustrantes que significan el maltrato bajo sus diferentes formas.
2. Dicho manejo de los impulsos agresivos, se caracteriza por una Dirección Intropunitiva, es decir, descargan la tensión interna volcando o dirigiendo la agresión hacia sí mismos, autoagrediendo, bajo la forma de una sutil colaboración y participación en la incitación de la carga agresiva por parte de sus agresores.
3. El complemento necesario de la Intropunitividad, es el Tipo de agresión de Predominio del Obstáculo, el cual impide, restringe, inhibe y reprime la salida del impulso agresivo bajo cualquiera de los otros dos modos: el de Defensa del Yo y el de Persistencia de la Necesidad.
4. Los factores subyacentes a esta dualidad Intropunitivo-Predominio del Obstáculo, en el manejo de la agresión en niños con Síndrome de Maltrato, corresponden a un gran sentimiento de culpa por no satisfacer las necesidades y expectativas, generalmente irreales y muy pretenciosas, de sus padres; un pleno convencimiento de ser merecedores, por la misma razón aludida, del maltrato, y una necesaria participación en la situación de abuso, dado que es el único lenguaje, la única forma de comunicación y de contacto que tiene con sus padres agresores.
5. Se plantea entonces, la presencia de un círculo vicioso donde cada elemento (niño maltratado-padre maltratador), juegan sincronizadamente su papel.
6. La dualidad Intropunitividad-Predominio del Obstáculo, se da en el manejo de la agresión de casi todos los niños maltratados, independientemente de la edad y el sexo de los mismos.
7. La separación temporal del niño de sus agresores, y la intervención esporádica de cualquier tipo de tratamiento, pueden ser medidas suficientes para cambiar el comportamiento del problema y deberían tomarse como alternativas en la Prevención del maltrato.

CUADRO I

CARACTERISTICAS DE LOS 31 NIÑOS MALTRATADOS

Sujetos	Edad	Sexo	Escolaridad	C.I.	Tipo de maltrato	Trat. previo y/o separación	Orden Nac.	Num. Herm.	Causas de maltrato
1	12 años	M	2do Prim.	C.I.Tot: 80 Normal torpe	Físico Emocional	TP: psiquiat. S: regresó con los padres.	4to	3	No trae dinero, rebelde, Opositorista.
2	11 años 2 meses	F	4to Prim.	C.I.Tot: 90 Promedio Normal	Físico Emocional	No	1ra	1	Bajo rendimiento escolar, torpeza "no sabe hacer nada"
3	9 años 2 meses	F	3ro Prim.	C.I.Tot: 94 Promedio Normal	Físico Emocional	TP: psiquiat. S: estancia frecuente con abuelos maternos	1ra	2	"Es igual que la madre". "Altanera como su padre"
4	9 años 8 meses	F	4to Prim.	C.I.Tot: 101 Promedio Normal	Físico Emocional	No	1ra	2	Desobediencia. Problemas de rendimiento escolar
5	6 años 4 meses	M	Pre-Prim.	C.I.Tot: 109 Promedio Normal	Físico Emocional	No	1ra	3	"No quiere ir a la escuela"
6	6 años 6 meses	F	Pre-Prim.	C.I.Tot: 119 Normal Brillante.	Físico Emocional	No	1ra	-	"Porque lloraba cuando salía su mamá.
7	12 años 1 mes	M	6to Prim.	C.I.Tot: 106 Promedio Normal	Físico Emocional	TP: grupos de integración para adolescentes	1ro	3	Problemas de conducta en la escuela.
8	11 años 4 meses	M	4to Prim.	C.I.Tot: 82 Normal torpe	Físico Emocional	No	1ro	1	Bajo rendimiento escolar. Es flojo, tonto.
99	10 años 7 meses	M	5to Prim.	C.I.Tot: 109 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ro	-	Desobediencia. Rechazo por parte del padrastro.
10	10 años 8 meses	F	5to Prim.	C.I.Tot: 117 Normal Brillante.	Físico Emocional	No	1ra	3	Problemas de conducta en hogar y escuela

Y DE LOS AGRESORES

Agresor	Edad del agresor	Escolaridad	Ocupación	Condición Socioecon	Referido por	Quien trae al niño	Quien denunció
Madrina	33 años	Primaria Completa	Vendedora lotería	Baja	Instituc. Médica	Madre	Encargado de establ. comercial
Padre y Madre	35 años 32 años	Preparat. Preparat.	Taquero Secretaria	Media Baja	Instituc. Escolar.	Madre	Maestra
Padre y Madre	33 años 29 años	Primaria Sec. y Comercio	Chofer Hogar	Baja	Instituc. Médica	Madre	Abuelos maternos
Padre	28 años	Preparat.	Tablajero	Media Baja	Instituc. Escolar	Madre	Maestra
Padre y Madre	25 años 32 años	Alfabeto Primaria incomplet.	Empleado lonchería Hogar	Baja	Instituc. Escolar	Madre	Maestra
Padrastro	25 años	Primaria incomplet.	Artista (payaso)	Media Baja	Instituc. Médica	Tía política	Abuelo materno
Padre	44 años	Secundar. Técnica	Mecánico	Media Baja	Instituc. Escolar	Madre	Maestra
Padre y Madre	35 años 33 años	Preparat. Preparat.	Contratis. Vendedora	Media Baja	Instituc. Escolar	Tía materna	Abuelos maternos
Padrastro	38 años	Primaria incomplet.	Empleado Intendencia	Media Baja	Instituc. Médica	Tía materna	Abuelos maternos
Madre	42 años	Preparat.	Modista	Media Baja	Instituc. Escolar	Madre	Abuelo materno

Sujetos	Edad	Sexo	Escolaridad	C.I.	Tipo de maltrato	Trat. previo y/o separación	Orden Nac.	Num. Herm.	Causas de maltrato
11	7 años 5 meses	F	2do Prim.	C.I.Tot: 90 Promedio Normal	Físico Emocional	TP: terapia de juego S: estancia frecuente abuelos mater.	2da	1	Rechazo, falta de afecto por parte del padre
12	8 años 7 meses	F	1ro Prim.	C.I.Tot: 80 Normal torpe	Físico Emocional	No	1ra	-	Torpeza, rechazo por parte de la madre
13	12 años	F	1ro Secund.	C.I.Tot: 92 Promedio Normal	Físico Emocional	No	1ra	1	Rebeldía, desobediencia
14	7 años 10 meses	F	3ro Prim.	C.I.Tot: 113 Normal Brillante.	Físico Emocional	No	1ra	-	Desobediencia. Rechazo por parte de ambos padres
15	6 años	F	Pre. Prim.	C.I.Tot: 108 Normal Promedio	Físico Emocional	TP: terapia de juego S: estancia frecuente abuelos mater.	1ra	4 medios hermanos	Rechazo, falta de afecto por parte del padre
16	11 años 10 meses	F	3ro Prim.	C.I.Tot: 80 Normal torpe	Físico Emocional	TP: psiquiat. S: estancia frecuente con tios paternos	1ra	2	Torpeza, falta de iniciativa
17	12 años	F	1ro Secundar	C.I.Tot: 109 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ra	4	Rebeldía, desobediencia
18	6 años 11 meses	M	Pre. Prim.	C.I.Tot: 106 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ro	2	Rechazo, hostilidad por parte de la madre
19	9 años	M	2do Prim.	C.I.Tot: 82 Normal torpe	Físico Emocional	TP: psiquiat. S: estancia frecuente con tios maternos	2do	5	Desobediencia. Fuga de la casa
20	8 años 1 mes	M	1ro Prim.	C.I.Tot: 94 Normal Promedio	Físico Emocional	TP: psiquiat. S: estancia frecuente con tios maternos	3ro	5	Desobediencia. Fuga de la casa

Agresor	Edad del agresor	Escolaridad	Ocupación	Condición Socioecon.	Referido por	Quien trae al niño	Quien denunció
Padre	28 años	Preparat.	Tablajero	Media Baja	Instituc. Escolar	Madre	Maestra
Madre	27 años	Primaria incomple.	Hogar	Baja	Instituc. Médica	Padre	Abuelos paternos
Padraastro	45 años	Primaria completa	Oficial de policía	Baja	Instituc. Médica	Madrina	Familiar
Padre y Madre	29 años 27 años	Preparat. Preparat.	Empleado público Hogar	Media Baja	Instituc. Médica	Abuela materna	Abuelos maternos
Padre	48 años	Preparat.	Empleado público	Media Baja	Iniciativa propia	Madre	Iniciativa propia
Madre	29 años	Primaria incomple.	Hogar	Baja	Instituc. Médica	Madre	Vecinos
Madre	43 años	Primaria incomplet.	Hogar	Media Baja	Instituc. Escolar	Madre	Vecinos
Madre	32 años	Secund. completa	Hogar	Media Baja	Iniciativa propia	Madre	Iniciativa propia
Padre	45 años	Primaria completa	Empleado intendencia	Baja	Instituc. Médica	Madre	Familiar materno
Padre	45 años	Primaria completa	Empleado intendencia	Baja	Instituc. Médica	Madre	Familiar materno

Sujetos	Edad	Sexo	Escolaridad	C.I.	Tipo de maltrato	Trat. previo y/o separación	Orden Nac.	Num. Herm.	Causas de maltrato
21	7 años 6 meses	M	1ro Prim.	C.I. Tot: 97 Normal Promedio	Físico Emocional	TP: terapia de grupos S: estancia frecuente abuelos pat.	1ro	2 medios hermanos	Rechazo, falta de afecto por parte de la madrastra
22	6 años 8 meses	M	1ro Prim.	C.I. Tot: 92 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ro	1	Rechazo por parte del padre
23	9 años 7 meses	M	4to Prim.	C.I. Tot: 114 Normal Brillante	Físico Emocional	No	1ro	2	Desobediencia. Hacer travesuras
24	10 años 3 meses	F	5to Prim.	C.I. Tot: 94 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ra	2	Problemas de conducta en escuela y hogar
25	8 años	M	Pre. Prim.	C.I. Tot: 90 Normal Promedio	Físico Emocional	No	3ro	3	Inquietud. Desobediencia
26	7 años 2 meses	M	2do Prim.	C.I. Tot: 104 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ro	-	Fugas de la casa. Tomar dinero
27	11 años 5 meses	M	4to Prim.	C.I. Tot: 89 Normal torpe	Físico Emocional	No	1ro	4	Bajo rendimiento escolar. Flojo
28	9 años 3 meses	M	4to Prim.	C.I. Tot: 92 Normal Promedio	Físico Emocional	No	2do	2	Desobediencia. Hacer travesuras
29	12 años	M	1ro Secund.	C.I. Tot: 109 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ro	3	Rebeldía. Desobediencia
30	10 años 3 meses	M	5to Prim.	C.I. Tot: 94 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ro	4	Problemas de conducta en hogar y escuela
31	8 años 1 mes	F	2do Prim.	C.I. Tot: 96 Normal Promedio	Físico Emocional	No	1ra	-	Inquietud. Torpeza

Agresor	Edad del agresor	Escolaridad	Ocupación	Condición Socioecon.	Referido por	Quien trae al niño	Quien denunció
Madrastra	25 años	Secundar. incomple.	Hogar	Media Baja	Instituc. Escolar	Padre	Maestra
Padre	31 años	Preparat.	Empleado público	Media Baja	Terapeuta del padre	Padre	Iniciativa propia
Madre	32 años	Primaria completa	Hogar	Media Baja	Instituc. Médica	Abuela paterna	Abuelos paternos
Madre	35 años	Secundar. incomple.	Hogar	Media Baja	Instituc. Escolar	Madre	Maestra
Madre	28 años	Primaria incomple.	Hogar	Baja	Instituc. Médica	Tía paterna	Abuelos paternos
Madre	29 años	Primaria completa	Empleada doméstica	Baja	Instituc. Médica	Madre	Iniciativa propia
Madre	38 años	Preparat.	Empleada papelería	Media Baja	Instituc. Escolar	Tía materna	Maestra
Madre	30 años	Secundar. incomple.	Hogar	Media Baja	Instituc. Médica	Madre	Vecinos
Madre	42 años	Primaria completa	Hogar	Media Baja	Instituc. Médica	Padre	Vecinos
Madre	38 años	Preparat.	Empleada tienda autoservicio	Media Baja	Instituc. Escolar	Abuela paterna	Abuela paterna
Madre	30 años	Primaria incomple.	Hogar	Baja	Instituc. Escolar	Madre	Iniciativa propia

T A B L A I
PUNTAJES BRUTOS EN PORCENTAJES DE DIRECCION
DE LA AGRESION

Número de sujetos	E (%)	I (%)	M (%)	Interpretación
1	46	42	12	Extrapunit.
2	29	50	21	Intrapunit.
3	71	21	8	Extrapunit.
4	44	48	8	Intrapunit.
5	38	52	10	Intrapunit.
6	21	60	19	Intrapunit.
7	88	4	8	Extrapunit.
8	31	54	15	Intrapunit.
9	35	44	21	Intrapunit.
10	29	56	15	Intrapunit.
11	58	25	17	Extrapunit.
12	42	46	12	Intrapunit.
13	38	42	20	Intrapunit.
14	27	60	13	Intrapunit.
15	79	17	4	Extrapunit.
16	44	35	21	Extrapunit.
17	38	46	16	Intrapunit.
18	40	44	16	Intrapunit.
19	71	21	8	Extrapunit.
20	58	29	13	Extrapunit.
21	58	29	13	Extrapunit.
22	13	71	16	Intrapunit.
23	25	54	21	Intrapunit.
24	46	50	4	Intrapunit.
25	33	50	17	Intrapunit.
26	31	56	13	Intrapunit.
27	38	42	20	Intrapunit.
28	29	40	31	Intrapunit.
29	2	77	21	Intrapunit.
30	19	52	29	Intrapunit.
31	36	54	10	Intrapunit.

T A B L A I I
PUNTAJES BRUTOS EN PORCENTAJES DEL TIPO
DE LA AGRESION

Número de sujetos	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)	Interpretación
1	25	35	40	Pers. de Nec
2	38	29	33	Pred. Obst.
3	21	65	14	Def. Yoica.
4	48	29	23	Pred. Obst.
5	58	27	15	Pred. Obst.
6	40	25	35	Pred. Obst.
7	48	48	4	P.O./Def. Yo
8	40	29	31	Pred. Obst.
9	36	33	31	Pred. Obst.
10	50	27	23	Pred. Obst.
11	21	48	31	Def. Yoica.
12	54	21	25	Pred. Obst.
13	52	29	19	Pred. Obst.
14	36	33	31	Pred. Obst.
15	35	52	13	Def. Yoica.
16	29	33	38	Pers. de Nec
17	65	31	4	Pred. Obst.
18	44	35	21	Pred. Obst.
19	29	54	17	Def. Yoica.
20	28	16	56	Pers. de Nec
21	38	46	16	Def. Yoica.
22	54	21	25	Pred. Obst.
23	38	29	33	Pred. Obst.
24	38	33	29	Pred. Obst.
25	54	29	17	Pred. Obst.
26	52	23	25	Pred. Obst.
27	54	35	11	Pred. Obst.
28	58	19	23	Pred. Obst.
29	35	33	32	Pred. Obst.
30	50	21	29	Pred. Obst.
31	42	29	29	Pred. Obst.

T A B L A III

PUNTAJES BRUTOS EN PORCENTAJES DE LA DIRECCION
Y TIPO DE AGRESION EN NIÑOS Y NIÑAS

Grupo de niñas	E (%)	I (%)	M (%)	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)
1	29	50	21	38	29	33
2	71	21	8	21	65	14
3	21	60	19	40	25	35
4	29	56	15	50	27	23
5	58	25	17	21	48	31
6	42	46	12	54	21	25
7	38	42	20	52	29	19
8	27	60	13	36	33	31
9	79	17	4	35	52	13
10	44	35	21	29	33	38
11	38	46	16	65	31	4
12	46	50	4	38	33	29
13	29	40	31	58	19	23
14	36	54	10	42	29	29
Grupo de niños	E (%)	I (%)	M (%)	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)
1	44	48	8	48	29	23
2	38	52	10	58	27	15
3	88	4	8	48	48	4
4	31	54	15	40	29	31
5	35	44	21	36	33	31
6	40	44	16	44	35	21
7	71	21	8	29	54	17
8	58	29	13	28	16	56
9	58	29	13	38	46	16
10	13	71	16	54	21	25
11	25	54	21	38	29	33
12	33	50	17	54	29	17
13	31	56	13	52	23	25
14	38	42	20	54	35	11
15	2	77	21	35	33	32
16	19	52	29	50	21	29
17	46	42	12	25	35	40

T A B L A I V
PUNTAJES BRUTOS EN PORCENTAJES DE LA DIRECCION
Y EL TIPO DE AGRESION POR GRUPOS DE EDADES

1er grupo 6 a 7 años	E (%)	I (%)	M (%)	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)
1	79	17	4	35	52	13
2	13	71	16	54	21	25
3	38	52	10	58	27	15
4	21	60	19	40	25	35
5	40	44	16	44	35	21
6	31	56	13	52	23	25
7	58	25	17	21	48	31
8	58	29	13	38	46	16
9	27	60	13	36	33	31
2do grupo 8 a 9 años	E (%)	I (%)	M (%)	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)
1	33	50	17	54	29	17
2	36	54	10	42	29	29
3	58	29	13	28	16	56
4	42	46	12	54	21	25
5	71	21	8	21	65	14
6	71	21	8	29	54	17
7	29	40	31	58	19	23
8	25	54	21	38	29	33
9	44	48	8	48	29	23
3er grupo 10-11 y 12	E (%)	I (%)	M (%)	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)
1	46	50	4	38	33	29
2	19	52	29	50	21	29
3	35	44	21	36	33	31
4	29	56	15	50	27	23
5	29	50	21	38	29	33
6	31	54	15	40	29	31
7	38	42	20	54	35	11
8	44	35	21	29	33	38
9	46	42	12	25	35	40
10	38	42	20	52	29	19
11	38	46	16	65	31	4
12	2	77	21	35	33	32
13	88	4	8	48	48	4

T A B L A V I I

PUNTAJES BRUTOS EN PORCENTAJES ORDENADOS DE MAYOR
A MENOR DE ACUERDO A LA DIRECCION DE LA AGRESION:
INTROPUNITIVA CORRESPONDIENTES A LOS 22 CASOS
(71%) COMPROBATORIOS DE LA PRIMERA HIPOTESIS

Número de sujetos	I (%)	E (%)	M (%)
1	77	2	21
2	71	13	16
3	60	27	13
4	60	21	19
5	56	31	13
6	56	29	15
7	54	36	10
8	54	31	15
9	54	25	21
10	52	38	10
11	52	19	29
12	50	46	4
13	50	33	17
14	50	29	21
15	48	44	8
16	46	42	12
17	46	38	16
18	44	40	16
19	44	35	21
20	42	38	20
21	42	38	20
22	40	29	31

T A B L A V I I I
 PUNTAJES BRUTOS EN PORCENTAJES ORDENADOS DE MAYOR
 A MENOR DE ACUERDO AL TIPO DE AGRESION: PREDOMINIO
 DEL OBSTACULO CORRESPONDIENTES A LOS 22 CASOS (71%)
 COMPROBATORIOS DE LA SEGUNDA HIPOTESIS

Número de sujetos	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)
1	65	31	4
2	58	27	15
3	58	19	23
4	54	35	11
5	54	29	17
6	54	21	25
7	54	21	25
8	52	29	19
9	52	23	25
10	50	27	23
11	50	21	29
12	48	29	23
13	44	35	21
14	42	29	29
15	40	29	31
16	40	25	35
17	38	33	29
18	38	29	33
19	38	29	33
20	36	33	31
21	36	33	31
22	35	33	32

T A B L A IX

PUNTAJES BRUTOS EN PORCENTAJES DE LA DIRECCION Y EL TIPO DE AGRESION CORRESPONDIENTE A LOS NUEVE CASOS (29%) NO COMPROBATORIOS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA HIPOTESIS

Número de sujetos	E (%)	I (%)	M (%)	O-D (%)	E-D (%)	N-P (%)	Interpretación
1	88	4	8	48	48	4	Extrapunit.-P.O./Def.Yoica
2	79	17	4	35	52	13	Extrapunit.-Defensa Yoica
3	71	21	8	21	65	14	Extrapunit.-Defensa Yoica
4	71	21	8	29	54	17	Extrapunit.-Defensa Yoica
5	58	29	13	28	16	56	Extrapunit.-Pers. de Nec.
6	58	29	13	38	46	16	Extrapunit.-Defensa Yoica
7	58	25	17	21	48	31	Extrapunit.-Defensa Yoica
8	46	42	12	25	35	40	Extrapunit.-Pers. de Nec.
9	44	35	21	29	33	38	Extrapunit.-Pers. de Nec.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajuriaguerra, J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona-España; Editorial Toray-Masson, 1980. pp. 398; 944.
2. Ajuriaguerra, J. de. y Marcelli, D. Manual de Psicopatología del niño. Barcelona-España; Editorial Toray-Masson, 1982. pp. 184-185.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III), Washington, D.C. 1980
4. Angelino, H. R. and Shedd, C. L. A study of the reactions to "frustration" of a group of mentally retarded children as measured by the Rosenzweig P-F study. Psychol. Newsltr. 1956, 8, 49, 54. En Rabin, A. I. y Haworth, M. R. Técnicas proyectivas para niños. Buenos Aires; Editorial Paidós, 1966. p. 164
5. Bender, L. Aggression hostility and anxiety in children. CH. Thomas Springfield, III, 1953.
6. Berrun, María T. Traducción y adaptación a México de la Prueba de Rosenzweig (Tesis de Licenciatura) México, UNAM, 1966.
7. Birrel, R. G. and Birrel, J. H. W. The maltreatment Syndrome of child a Hospital Survery. The Medical Journal of Australia. 1968.
8. Caffey, J. Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury to children. Journal Pediatric. 67; p. 1008. 1965.
9. Cansino Ortiz, C. S. Estudio comparativo sobre la agresión en adolescentes infractoras prostitutas y no prostitutas. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM, 1984.
10. Clarke, H. J., Rosenzweig, S. and Fleming, E. E. The reliability of the scoring of the Rosenzweig P-F study. J. Clin. Psychol. 1947. 3, pp. 364-370. En Rabin, A. I. y Haworth, M. R. Técnicas proyectivas para niños. Buenos Aires; Editorial Paidós, 1966. p. 154
11. Cohen, M. I. and Raphling, D. F. and Green, P. E. Psychologic aspects of the maltreatment syndrome of childhood. J. Pediatric. 69: 279. 1966.

12. Cuevas Ocampo, N. E. y Olvera Osorio, M. E. Comparación de las respuestas ante la frustración de niños y niñas de cuarto año de primaria mediante el PFT. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM. 1980.
13. Chagoya, L. Formas de agresión al niño en la familia. En Marcovitch, J. El maltrato a los hijos. México; Ed. Edicol. 1978. pp. 106-108.
14. Deltaglia, L. Les enfants maltraités. E. S. F. Ed. París, 1979. En Ajuriaguerra, J. de. y Marcelli, D. Manual de Psicopatología del niño. Barcelona-España; Ed. Toray-Masson. 1982. pp. 358-359.
15. Diccionario de la Lengua Española. Madrid-España. Ed. Espasa Calpe. 1970. p. 30.
16. Diéguez y Rodríguez, S. Estudio comparativo de las respuestas ante la frustración de hijos de padres divorciados e hijos de padres integrados mediante la prueba PFT. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM. 1982.
17. Diversos autores. Diccionario de Sociología. México; Ed. Fondo de Cultura Económica. 1974. p. 200
18. Diversos autores. Diccionario de los términos técnicos usados en Medicina. Madrid-España; Ed. Bailly Billiere. 1933. p. 816.
19. Elmer, E. and Gregg, G. Developmental characteristic of abused children. Pediatrics, 40; 4: pp. 596-602. 1967
20. Ferguson, R. G. Some developmental factors in childhood aggression. J. Educ. Res. 48, pp. 15-27. 1954.
21. Foncerrada M., M. El niño víctima del maltrato físico. Revista Médica. IMSS. México. 20; 5. pp. 457-469. 1982.
22. Fontana, V. J. The diagnosis of the maltreatment syndrome in children. Pediatrics. 51. Supl. p. 780. 1973.
23. Fontana, V. J.; Donovan, D. and Wong, R. J. The maltreatment syndrome in children. N. Eng. J. Med. 260: p. 1389. 1963.
24. Freud, A. Aggression in relation to emotional development: normal and pathological. Psychoanal Study Child. 3/4: p. 37. 1949. ✓
25. Freud, S. Obras Completas. Más allá del principio del placer. Madrid-España; Ed. Biblioteca Nueva. 1948. ✓
26. Fromm, E. Anatomía de la destructividad Humana. México; Ed. ✓

S. XXI. 1983.

27. Galdston, R. Violence begins at home: the parents center project for the study and prevention of child abuse. J. Amer. Acad. Child. Psychiat. 10/2: pp. 336-350. 1971.
28. Gil, D. G. Physical abuse of children. Findings and implications of a nationwide survey. Pediatrics. 44: p. 857. 1969.
29. Gil, D. G. Violence against children. Physical abuse in the United States. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. 1970.
30. Girodet, D. Les enfants victimes de sévices corporels. Rev. Prat. París. 1974. 24, 52. pp. 4685-4688. En Ajuriaguerra J. de. y Marcelli, D. Manual de Psicopatología del niño. Barcelona-España. Ed. Toray-Masson. 1982. pp. 358-359
31. González de la Vega, F. Derecho Penal Mexicano. México; Ed. Porrúa. p. 140. 1964
32. Goodenough, F. L. The expressions of the emotions in infancy. Child Developm. 2; pp. 96-101. 1931.
33. Halberstam, M. J. Medicina moderna. Excelsior, 2 de Noviembre de 1977, México.
34. Hartmann, H.; Kris, E. and Loewenstein, R. M. Notes on the theory of aggression. Psychoanal Study Child. pp. 3-4; 9-36. 1949.
35. Helfer, R. M. The etiology of child abuse. Pediatrics. 51. Supl. p. 777. 1973
36. Kaufman, I. Psychiatric implications of physical abuse of children. En Protecting the battered Child. Children's Division, American Human Association Denver. pp. 17-22. 1962
37. Kempe, R. S. y Kempe, U. H. Niños maltratados. Madrid-España; Ed. Morata. pp. 26-29. 1979.
38. Kempe, C. H. Paediatric implications of the battered baby syndrome. Arch. Dis. Child. 46; p. 28. 1971.
39. Kempe, C. H.; Silverman, F. N.; Steele, B. F.; Droegemueller, W. and Silver, H. K. The battered child syndrome. JAMA. 181: p. 17. 1962.
40. Kerlinger, F. N. Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. México; Ed. Nueva Editorial Interamericana. S.A.

de C. V. 1979.

41. Kirard, E. M. Emotional Development in physically abused children. Amer. J. Orthopsychiat. 50: 4. pp. 686-696. 1980.
42. Kirard, E. M. Aggression in abused children. Differential responses to the Rosenzweig P-F study. Journal of Personality Assessment. 46: 2. pp. 139-141. 1982
43. Lagerberg, D. Child abuse. A literature Review. Acta Paediatr. Scand. 67; pp. 683-690. 1978.
44. Laplanche, J. y Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona-España; Ed. Labor. p. 13. 1979.
45. Laviada, I. Abecciones criminales. Niños golpeados. Excelsior. 22 de Febrero de 1978. México. D.F.
46. Lindzey, G. and Goldwyn, R. M. Validity of the Rosenzweig P-F study. J. Pers. 22: pp. 519-543. 1954.
47. Lukianowicz, N. Battered children. Psychiat. Clin. 4: pp. 257-280. 1971.
48. Lynch, M. A. III. Health and child abuse. Lancet. II. p. 317. 1975.
49. Lynch, M. A. and Roberts, J. Predicting children abuse: signs of bonding failure in the maternity hospital. Brit. Med. J. 1: p. 624. 1976.
50. Lynch, M. A. Teorías de la agresión humana y la etiología del maltrato del niño. En Simposio Internacional sobre el niño maltratado. Año Internacional del Niño. p. 35. Publicado por el DIF. México. 1979.
51. Manzano, S. C. y Peña, A. R. Síndrome del niño maltratado. En Simposio Internacional sobre el niño maltratado. Año Internacional del niño. p. 79. Publicado por el DIF. México. 1979.
52. Mercovich, J. El maltrato a los hijos. México; Ed. Ecol. 1978.
53. Marqués L., María de L. y Jiménez L., Leticia M. Estudio comparativo de los trastornos de la afectividad en niños golpeados y no golpeados. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM, 1982.
54. Mc. Henry, T.; Girdany, B. R. and Elmer, E. Unsuspected trauma with multiple skeletal injuries during infancy and childhood. Pediatrics. 31: p. 903. 1963.

55. Merloo, J. L. M. La violence humaine apposée á l'agressivité animale. Mid. et Hyg. 1968, 821, pp. 457-462. En Ajuriaguerra, J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona-España; Ed. Toray-Masson, 1980. pp. 419-420.
56. Merril, E. J. Physical abuse of children an agency study. En Protecting the battered child. The American Humane Association Children's División. Denver. Colorado. pp. 17-22. 1962.
57. Mooring, P. K. Niños maltratados. M. D. en español. Vol. XIV. Num. 1. 1976.
58. Morris, M. G. and Gould, R. W. Role reversal: a concept in dealing with the neglected battered child syndrome. pp. 29-49. En The neglected battered child syndrome. Child Welfare League of America. Nueva York. 1963.
59. Nacht, S. Les manifestations cliniques de l' agressivite. Rev. Franc. de Psychanal. 1948. 12, pp. 311-370. En Ajuriaguerra, J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona-España; Ed. Toray-Masson, 1980. p. 417.
- 60. O. Chavez, María L. de. Estudio descriptivo de algunos aspectos del desarrollo emocional de un grupo de niños escolares con Síndrome de niño maltratado. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM, 1983.
- 61. Ochoa, A. S. y Patiño, M. A. Factores familiares e individuales característicos de los menores infractores en el D. F. (Tesis de Licenciatura) México, UNAM, 1981.
62. Osorio y Nieto, C. A. El niño maltratado. México; Ed. Trillas pp. 11-12; 25-30; 53-60; 71-78. 1981.
63. Rabin, A. I. y Haworth, M. R. Técnicas proyectivas para niños. Buenos Aires; Ed. Paidós. p. 153. 1966.
64. Reidy, T. J. The aggressive characteristics of abused and neglected children. J. Clin. Psychol. 33: p. 1140. 1977.
65. Rosenzweig, S. Test de Frustración (PFT). Manual. Buenos Aires; Ed. Paidós. 1967.
66. Rosenzweig, S. and Rosenzweig, L. Aggression in problem children and normals as evaluated by the Rosenzweig P-F study. J. Abnorm. Soc. Psychol. 47: pp. 683-687. 1952.

67. Ruiz Taviel, A. Análisis y comentarios al Síndrome del niño maltratado. En Marcovich, J. El maltrato a los hijos. México; Ed. Edicol. 1978. pp. 55-62.
68. Siegel, S. Estadística no Paramétrica. México; Ed. Trillas. 1980.
69. Smith, U. A. The battered child. N. Eng. J. Med. 289: p. 322. 1973.
70. Smith, S. M. The battered child syndrome. Butlerworths, London and Boston. 1975.
71. Steele, B. F. and Pollock, U. B. A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. En Helfer, R. E. and Kempe, U. H. The battered Child. University of Chicago Press. Chicago and London. 2nd. p. 89. 1974.
72. Wallon, H. Les origines du caractère chez l'enfant. P. V. F., París. 1934. En Ajuriaguerra, J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona-España; Ed. Toray-Masson. 1980. pp. 421-422.