



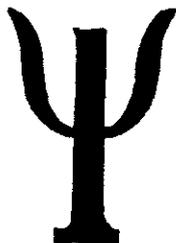
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“EFECTO DEL ENTRENAMIENTO DE AUTOESTIMA Y ASERTIVIDAD SOBRE LAS CONDUCTAS DE AGRESION Y DEPRESION EN MENORES MALTRATADAS”

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADAS EN PSICOLOGIA PRESENTAN: PATRICIA GARCIA LARA MARIA DOLORES LUNA ORTEGA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO SAMUEL JURADO CARDENAS



MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE, 1999.

TESIS CON FALLA DE ORICEN

276045



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Un especial agradecimiento al H. Jurado:

Al Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

A la Lic. Martina Jurado Baizabal

A la Lic. Damariz García Carranza

Al Lic. Ruben W. Varela Domínguez

A la Mtra. Mariana Gutiérrez Lara

Por los comentarios, correcciones y críticas constructivas al presente trabajo.

Gracias por su interés y contribución académica.

El presente trabajo es una culminación importante de una etapa y el inicio de una nueva, responsabilidad.

Dedico este trabajo a mis padres:

Quienes me han dado todo incondicionalmente. A mi mamá, Trinidad Ortega por brindarme su amor y seguridad e impulsarme siempre con su ejemplo.

A mi papá Manuel Luna, por darme ejemplo de trabajo, fuerza y orden. Por esto y muchísimo más, gracias.

Los quiero mucho.

A mis hermanos:

A quien me da Alegría, confianza y es mi confidente, VERO.

A quien me comparte a sus dos grandes tesoros (PEPE E IVAN), ALEX.

A quien me dio cuidados y a su manera cariño, ROBY.

Y con quien tengo una comunicación especial con quince años de ausencia física pero presente en bellos recuerdos LUCKY.

Porque juntos lograremos que el bien triunfe sobre el mal.

Yo, tu, él... Tenemos una cuentita pendiente con Dios

Dolores

Dedico este trabajo al amor más grande de mi vida porque gracias a sus palabras de aliento, a su amor y a su gran apoyo me fue posible llegar a este momento tan importante; a ti Miguel A. Rocha R. gracias por tantos momentos felices.

A mi Palomita, mi mayor ilusión y felicidad, por inyectarme tanta vitalidad y motivación para seguir adelante. Te amo.

Patricia

A mis queridos padres: José de la Luz García R., gracias por su gran paciencia durante toda mi formación, por creer en mí y por enseñarme la importancia de tomar la vida con sentido del humor.

Francisca Lara C., gracias por su apoyo incondicional en todos los sentidos, por su confianza y por enseñarme con su ejemplo a luchar siempre por lo que se desea con honestidad y perseverancia. Entonces no hay imposibles.

A mis hermanos:

José Luis, por ser mi "manito", por compartir tantos momentos que me enseñaron a comprender tu gran corazón y nobleza que sé, que te llevarán a lograr todas tus metas.

Monica, porque tu apoyo fue de gran importancia para la realización de este trabajo, cuando con cariño, te hacías cargo de mi chiquita, gracias.

Isabel, por tu gran apoyo y disposición de ayudarme siempre que lo necesito, gracias por tu confianza y tu amistad.

Lucy, porque siempre has tenido un buen consejo que darme además de tu paciencia y comprensión en momentos difíciles (o sea, cuando estoy en mis cinco minutos).

Carlos, por el respeto y la confianza que has tenido en mis ideales y por el ejemplo que me has dado de lucha y superación.

Patricia

Le queremos dedicar un especial agradecimiento a Samuel Jurado, por sus palabras de aliento en la dirección de este trabajo, por todo el apoyo recibido. Gracias.

A German Morato por su apoyo en la utilización del equipo de cómputo y por los buenos momentos compartidos.

A nuestras amigas: Vero Martínez D., por su amistad y por su ejemplo de luchar por lo que se quiere, pese a las trabas de personas difíciles. Y por todos los momentos divertidos que compartimos.

A Susana Amaya E., por brindarnos su amistad y confianza así como por los gratos momentos compartidos.

Alma Dzub, gracias por tus comentarios y palabras de aliento en la realización de este trabajo y porque tu ejemplo nos impulsa.

Elena Jiménez, por apoyarnos y ayudarnos en todo lo posible para la realización de este trabajo y por compartir tu experiencia profesional y personal con nosotras.

Juan Palomares, por tu amistad y por apoyarnos con documentos para el presente trabajo.

Salvador Luna, por orientarnos en cuestiones administrativas y por tu amistad.

A las pequeñas de los internados Las Nieves y Los Fresnos, con quienes compartimos esta empresa y por todo lo que dejaron en nosotras, esperamos que este pequeño trabajo retribuya en sus vidas y sea una opción para trabajar más con ellas y ser mejores.

Quisiera agradecer a muchas personas su amistad, apoyo y votos de confianza, así como por su contribución en mi formación personal y académica:

A Paly García y Miguel Rocha, por brindarme su amistad, por todos los momentos compartidos y de quienes he aprendido que el amor se construye con dedicación y constancia. Gracias.

Daby Sánchez y Lily Guzmán, por todos los momentos compartidos, por su amistad incondicional y por su ejemplo de lucha.

Marika García por su amistad, por su palabra de aliento en los momentos difíciles y por compartir bellos viajes.

A producciones Baruch, quien realiza viajes que recrean el espíritu, gracias por compartir buenos momentos.

Ara Escalona y Sara Matamoros por que su amistad no se ha desvanecido con el tiempo y por que me da gusto saber de ustedes.

David A. Por su recuerdo que queda impregnado en mi como la brisa del mar en un bello ocaso.

A Dil E.; Jorge A. y a Juan V., por su amistad y por todos los momentos compartidos.

Al Laboratorio 207, JFC Jere M. Segio, M. Oscar D. Eduardo C. Simon B. (†) de los que aprendí con el ejemplo el amor y la entrega a la profesión.

Liliana M; Sofía M; Maru C., por su amistad.

Rosy A.(†) Luis E(†), Alex(†) y Gustavo L. (†), quienes han dejado una profunda huella en mi y que recuerdo con gran cariño.

Y a dos personas muy especiales y queridas Irela A. Y Juanzz F., por su fuerza interior y por no escatimar en la búsqueda de lo que desean.

Dolores.

A mis amigos:

R. Isela González V., porque me has demostrado que la amistad es un tesoro invaluable que debe conservarse siempre. Gracias por ser mi amiga.

Dolores Luna O., gracias por brindarme la oportunidad de hacer este trabajo contigo, por tu paciencia y por tus consejos. Creo que los momentos compartidos en este tiempo los vamos a recordar siempre, ¡ha! Y espero que nos sigan uniendo las coincidencias.

Juanita Velázquez D., porque siempre me has abierto tu corazón. Gracias por tu amistad.

Maru Sandoval V., por que desde el día que nos conocimos me brindaste todo tu apoyo, por la confianza que depositaste en mi, por ser mi compañera, comadre, amiga y confidente, gracias.

Ara Salinas C., porque con tus travесuras hacías más ameno y divertido el lugar de trabajo, gracias comadre.

Haidée Cardenas C., porque con su encantadora frescura me enseñó a ver la vida de una manera muy especial, espero seguir aprendiendo de usted.

Ivan Delgado, David Alarcón, Alfredito y Chu-ché por ser mis mejores amigos y por todos los momentos que disfrutamos juntos (¿se acuerdan?).

Patricia

FALTAN PAGINAS

De la: 7

A la: 6

INDICE

RESUMEN 8

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

MALTRATO 10
AGRESIÓN 27
DEPRESIÓN 33
AUTOESTIMA 45

CAPITULO II METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 61
JUSTIFICACIÓN 61
OBJETIVOS 62
FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS 62
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES 62
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES 63
SUJETOS 64
ESCENARIO 64
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN 64
DISEÑO 66
PROCEDIMIENTO 67
RESULTADOS 76

CAPITULO III DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN 89
APORTACIONES Y SUGERENCIAS 93
REFERENCIAS DOCUMENTALES 95

RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal objetivo estudiar los efectos del entrenamiento en autoestima, en las conductas de agresión y depresión en menores de edad que han sufrido algún tipo de maltrato y se encuentran semi-internas en instituciones privadas.

La muestra estuvo constituida por 64 menores cuyas edades oscilaron entre los 6 y 17 años, de sexo femenino, cursando la primaria, de nivel socioeconómico bajo, la mayoría con antecedentes de algún tipo de maltrato, las cuales se encontraban en instituciones privadas con un sistema de semi-internado (esto es que, de lunes a viernes permanecían en la institución y los fines de semana salían a su casa, excepto las adolescentes del grupo experimental quienes salían cada dos semanas).

Se trabajó con dos grupos, un control y un experimental, en primera instancia se les realizó una evaluación para medir los niveles de autoestima, asertividad, depresión y ambiente familiar, posteriormente se impartió un "Programa para mejorar la autoestima" al grupo experimental, el cual tuvo una duración de nueve sesiones de dos horas aproximadamente cada una, al término de este programa se realizó una última evaluación a los grupos, con las escalas antes mencionadas. Cabe señalar que antes de iniciar el experimento se realizó una fase de entrevista al grupo experimental para obtener datos demográficos así como una evaluación, igual que las mencionadas, con el fin de descartar que los posibles cambios en las variables a estudiar se debieran a otras circunstancias.

En el análisis estadístico de los datos se encontró, comparando ambos grupos, que en el pretest presentaron diferencias significativas en conductas depresivas y hostiles, las menores del grupo experimental mostraron mayores conductas depresivas y menor hostilidad que el grupo control, en cuanto a asertividad y autoestima no presentaron diferencias significativas. Así también los grupos presentaron otras diferencias al inicio del estudio como que, el principal motivo de ingreso a la institución, de las menores del grupo control, fue por trabajo de la madre o persona responsable, seguido por desintegración familiar, maltrato y enfermedad, mientras que en el grupo experimental el motivo de ingreso más frecuente fue el maltrato, posteriormente la desintegración familiar, trabajo del tutor, orfandad, abandono y enfermedad (ver tabla 6). Con respecto al post-test los grupos no presentaron diferencias significativas excepto en autoestima donde el grupo control obtuvo un mayor puntaje con respecto al grupo experimental. Las medias mostraron que el grupo experimental disminuyó ligeramente las conductas depresivas mientras que en el grupo control aumentaron, en cuanto a hostilidad los dos grupos mejoraron pero el mayor aumento se dio en el grupo control, no así en asertividad, en donde se observó que el grupo experimental incrementó más el puntaje que el grupo control.

CAPITULO I
INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

MALTRATO AL MENOR

En el presente estudio, el maltrato al menor, es uno de los temas más importantes ya que el interés se centra en menores (niños y adolescentes) que han estado expuestos a algún tipo de maltrato. Para lo cual se desarrollaron los siguientes subtemas: definiciones, clasificación, características de los padres maltratadores, características de los menores maltratados, factores de riesgo, consecuencias del maltrato.

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambroise Tardieu, catedrático de medicina legal en París. Por lo que ya en el siglo XIX, se observaba el trato inadecuado hacia los niños, se llevaban a cabo actos que actualmente se calificarían de abusivos como el infanticidio (amenaza en familias reales). No obstante fue objeto de estudio hasta 1961 cuando Henry Kempe, organizó un simposio *interdisciplinario en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría* sobre el Síndrome del Niño Golpeado y al año siguiente fue publicada la descripción completa del síndrome, tomando en cuenta los puntos de vista pediátricos, psiquiátricos, radiológicos y legales. El maltrato infantil suponía la existencia de un niño golpeado, que por los síntomas presentados, se tomaban en cuenta las acciones de los adultos que lo tenían a su cargo. Para este tiempo, ya se usan categorías para clasificar este comportamiento: violencia física (actos nocivos), abandono físico y emocional; maltrato emocional, explotación sexual y la negligencia que implica un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad y bienestar del niño (Kempe, 1979).

Gil (1979, citado en Acevedo, 1996) propone como definición de maltrato, al empleo intencional y no accidental de la fuerza del padre o tutor hacia su hijo con la finalidad de dañar.

Otra definición más reciente es la que menciona que por maltrato al menor se entiende a los actos y las carencias que turban gravemente a éste, atentando contra su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral; cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones de tipo físico, psíquico y/o sexual, por parte de un familiar u otras personas que están a cargo de él (Cirillo, 1991).

Martínez y Ochotorena (1993), definen como *maltrato a un menor cuando, en cualquiera de sus fases de desarrollo, presenta manifestaciones físicas y/o conductuales que son consecuencia de un comportamiento anómalo de violencia física y/o sexual y a la falta de cuidados y/o atenciones necesarias para la correcta maduración, crecimiento y desarrollo del menor, este comportamiento es ejercido por parte de personas o instituciones, teóricamente responsables de los mismos*

Dentro del aspecto del menor maltratado, es difícil aceptar que son los padres los principales *causantes de muerte en ellos, así como de la alta incidencia de hijos golpeados*. El abandono y abuso de los menores implica una amplia gama de aspectos que van desde la falta de alimentos, ropa y amor maternal hasta incidentes en los que estos son agredidos físicamente y maltratados por los adultos. De esta forma el menor *maltratado se presenta con una historia de falta de desarrollo, desnutrición, mala higiene corporal, irritabilidad, etc.* Hay casos severos con traumas físicos, quemaduras y hematomas entre otros. El abuso sexual y la explotación de pequeños han sido también una forma importante de maltrato (Calderón, 1985)

Los casos de maltrato al menor en la familia, para su estudio, pueden clasificarse en maltrato físico, abuso sexual, grave descuido y maltrato psicológico. En este último el menor es víctima de una reiterada violencia verbal o presión psicológica tal, que lo perjudica. Aquí entran todas aquellas situaciones de separación conflictiva, donde los menores son abiertamente utilizados por los padres en su recíproca disputa, con evidentes y graves efectos en el equilibrio emocional del niño (Cirillo, 1991).

Otros autores (Arruabarrena, 1994 y Querol, 1990 citados en Casado, 1997), incluyen en la clasificación a la negligencia y el abandono como otros tipos de maltrato definiéndolos como aquellas situaciones donde las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño. Todas estas clasificaciones se realizan con el fin de estudiar el fenómeno sin embargo se pueden dar de manera individual o presentarse varios tipos de maltrato a la vez.

En cuanto al **Maltrato Físico**, al consultar a varios autores, Gallardo (1988) encuentra que para poder diagnosticar eficazmente al menor maltratado, se debe tener en cuenta, en la mayoría de los casos, lo siguiente: Contusiones; dentro de las cuales las más frecuentes son las equimosis (moretones), que pueden ser localizadas en el tronco, abdomen, nalgas, mejillas y en cuero cabelludo, a veces las equimosis van

acompañadas de fracturas de huesos. Heridas; son polimorfas, es decir que dejan huellas del instrumento utilizado para provocarlas. Quemaduras; algunas difíciles de diagnosticar pero otras evidentes, cuando un niño se quema accidentalmente las quemaduras son generalmente en la parte superior del cuerpo pero cuando son producto de malos tratos es más frecuente encontrarlas en la parte inferior del cuerpo, suelen estar extendidas o con límites muy claros que evocan, por ejemplo, el nivel donde llegó el agua hirviendo, sin embargo las quemaduras más típicas son las producidas por cigarrillos. Alopecias; se observa una disminución de la cabellera producto de jalones repetitivos y brutales pudiendo producir hematomas por la tracción violenta (Kempe, 1975) Después de las contusiones las lesiones más habituales son fracturas de extremidades, lesiones raquídeas que pueden ser producidas por golpes con un palo, barra de hierro o bastón. Fracturas craneales, estas pueden llegar a producir un hematoma subdural el cual a su vez llega a producir lesiones neurológicas que tienen como consecuencia trastornos de conciencia, crisis convulsivas, dificultades motoras, turbaciones de tono acompañadas de vómitos y cianosis. Fracturas de costillas, originadas por choque directo o aplastamiento. Contusiones torácicas y lesiones abdominales. En todas las lesiones antes mencionadas se debe tener una prudencia diagnóstica descartando que se deban a otra enfermedad o causa y no a los malos tratos (Gallardo, 1988)

Con respecto al **Abuso Sexual**, este se considera a cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años, por parte de un adulto utilizando el poder o la autoridad sobre la víctima. El menor puede ser utilizado para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual (Arruabarrena, 1994)

El abuso sexual a menores incluye muchos tipos diferentes de comportamiento. Un estudio ha demostrado que sólo un tercio de los casos reportados involucró violación o incesto y dos tercios tuvieron que ver con hostigamiento, el cual se define como el contacto no sexual de un adulto con un menor de edad (Sgroi, 1975). Un ataque sexual es el contacto manual, oral o genital sin consentimiento, hecho por el ofensor, con los genitales de la víctima. El incesto es el contacto coital entre el pariente de sangre y un niño. La violación se define de la misma manera en que se hace para las personas adultas, sin embargo la violación estatutoria es una categoría especial en donde la ley considera que ha ocurrido una violación, aunque la víctima haya consentido, debido a que la víctima era menor de lo que legalmente se define como

edad de consentimiento (Breen, Greenwald y Gregory, 1972 Citados en Finkelhor 1980)

Existen similitudes y diferencias entre abuso sexual y violación, las similitudes son las siguientes: 1) es un crimen de sexo, esto es que involucra genitales y regiones sexuales de ya sea el ofensor o la víctima 2) Los ofensores son casi todos hombres 3) Las víctimas experimentan una especie de trauma privativo de las ofensas sexuales, ambas experiencias pueden tener consecuencias muy serias en el ajuste sexual de una persona. En cuanto a las diferencias se encuentran las siguientes: 1) En el abuso sexual las víctimas son tanto hombres como mujeres, en tanto que la violación es un crimen generalmente hacia la mujer 2) Las personas que abusan sexualmente de los niños y adolescentes son con mayor frecuencia amigos y miembros familiares de sus víctimas 3) En el abuso sexual los incidentes son con mayor frecuencia repetidos, es decir un amigo o pariente del niño o adolescente se aprovecha en diversas ocasiones de él 4) El abuso sexual involucra una violencia y fuerza física menor que la violación. Basta la autoridad y el poder de persuasión que un adulto sostiene para que se establezca el contacto sexual con el menor. 5) El acto sexual que ocurre en el abuso sexual generalmente no es un coito, sino más bien tocar los genitales, la masturbación y la exhibición, mientras que en la violación el principal propósito es el coito 6) El abuso sexual implica a más personas de las que implica la violación ya que cuando ocurren estos abusos sexuales, aun con personas fuera de la familia, se encuentran implicados íntimamente otros miembros de la familia. 7) El abuso sexual compromete una clase diferente de ayuda sexual, ya que los menores no se encuentran amparados por leyes específicas

También es importante mencionar algunas similitudes y diferencias entre abuso sexual y abuso físico. 1) Tanto el abuso físico como el sexual se dan entre niños y los adultos responsables de cuidarlos. 2) ambos involucran periodos de tiempo muy extensos. Con respecto a las diferencias se encuentra lo siguiente: 1) El abuso sexual y físico no tienden a ocurrir simultáneamente 2) Existen diferencias muy importantes en la dinámica familiar que rodea a cada uno de estos fenómenos. Lo cual no significa que donde ocurre el abuso sexual no exista la fuerza y la violencia. 3) En un tipo de familia sexualmente abusiva los padres abusivos son tiránicos y utilizan la fuerza física contra sus

hijos y esposa. Pero existen muchas familias donde se da el abuso físico y no se da la fuerza física. 4) El trauma del niño en el caso del abuso sexual es principalmente psicológico no físico. Incluso rara vez las víctimas de abuso sexual se encuentran en peligro de muerte, a menos que se combine el abuso sexual con el abuso físico. 5) Las motivaciones de los tipos de abuso son diferentes. En el abuso sexual se expresa un impulso hostil, coercitivo o sádico hacia el niño o adolescente o puede surgir de un deseo de gratificación sexual o de afirmación sexual; en cambio el abuso físico siempre expresa, por lo menos en ese momento, un deseo de lastimar al menor. 6) Las actitudes sociales hacia estos dos tipos de abuso son diferentes. La conducta sexual con niños es totalmente inaceptable por lo menos en nuestra cultura. En cambio la violencia es aceptada abiertamente e incluso considerada como una forma de disciplina. 7) Los niños que se encuentran más vulnerables al abuso sexual son los preadolescentes mientras que los más vulnerables al abuso físico son los menores a los seis años. No obstante ambos tipos de abuso se extienden por toda la gama de la edad infantil, (Finkelhorn, D 1980)

Brownmiller, (1975) menciona algunas de las características que se presentan en este tipo de abuso: estadísticamente el niño agredido sexualmente predomina sobre el niño golpeado, la edad promedio del niño del cual se abusa sexualmente es de 11 años pero los infantes no escapan a los abusos, por cada niño molestado hay 10 niñas en la misma situación y el noventa y siete por ciento de los ofensores son hombres

El trauma de violación en niños y adolescentes involucra dos fases 1) la fase aguda que se da inmediatamente después del abuso o violación 2) los efectos a largo plazo que van a reorganizar los procesos ocurridos. En la fase aguda o también llamada de impacto, se presentan dos estilos emocionales de reacción, A) el estilo expresivo, cuando la víctima es visiblemente perturbada, se presenta llanto, el niño no habla a sus padres, se presenta angustia, y síntomas físicos como dolor estomacal, dolor de piernas, brazos y cuello. B) el estilo de control, que se da frecuentemente por amenaza verbal o física a la víctima, algunos temen al desquite de los asaltantes o a la reacción de sus padres por lo que no cuentan lo sucedido inmediatamente. Las reacciones somáticas que se pueden encontrar en esta fase son: trauma físico, malestar de estómago, garganta, brazos y piernas; tensión muscular que a su vez provoca alteraciones en el

sueño, como dificultad para conciliar el sueño, en la noche gritar y murmurar pero sin despertar. Irritabilidad gastro intestinal reportando quejas de fatiga en el estomago, pérdida del apetito, vómitos y náuseas. Reacción urinaria como enuresis en niños menores de 10 años. También hay reacciones emocionales como: temor expresado por los niños y adolescentes víctimas como consecuencia de amenazas por parte del perpetrador, las adolescentes tienen la sensación de embarazarse, el pensamiento en donde las víctimas no pueden dejar de recordar el incidente y buscan hablar con alguien que las escuche cuidadosamente para sentir algún grado de alivio aunque en muchas ocasiones no se da esta comunicación. En el proceso a largo plazo algunas víctimas jóvenes no experimentan síntomas y en otras los síntomas son severos lo cual se relaciona con el grado de desorganización dado en la fase aguda. En la actividad motora frecuentemente la víctima adolescente se convierte en una osciosa de la escuela, en los menores de igual foma puede disminuir su rendimiento escolar, los niños y adolescentes pueden presentar alteraciones del sueño como pesadillas, insomnio o sonambulismo después del abuso sexual. Con frecuencia las víctimas desarrollan fobias y temores relacionados con la escena del abuso, como por ejemplo: temor a estar solo, sobre todo cuando la agresión se dió en la casa de la víctima, temor a recordar la escena del abuso, fobia a la escuela, lo cual puede resultar muy difícil para las menores en edad escolar sobre todo cuando la violación ocurrió en la escuela o cerca de ella, temor al recuerdo del asaltante, temor sexual, este principalmente debido a que a esta edad (niñez y adolescencia) la mayoría de las menores son vírgenes antes de la violación lo cual las lleva a ver a la relación sexual como una agresión hacia ellas (Burgess y Holstrom, 1974).

El embarazo en adolescentes también puede ser un síntoma de maltrato sexual y que sin embargo el miedo, la culpa y la negación en los adolescentes y sus familias los mantiene lejos de las clínicas y las salas de emergencia. Por todo lo anterior es de suma importancia el acercamiento a la víctima y a la familia, el cual debe ser de manera tranquila, con respeto por su privacidad, se debe permitir al menor comunicar su versión de lo que sucedió. Asimismo debe hacerse un intento por valorar el impacto emocional agudo del incidente sobre el menor, la adaptación previa general y el desarrollo psicosexual (Burgess, 1985).

Dentro de la **Negligencia y el Abandono**, en general se considera que la negligencia es la forma más frecuente entre los tipos de maltrato. Esta, está relacionada con múltiples variables como la edad del niño, su competencia y autonomía, la situación del niño que hiciese evidente la necesidad del adulto para su protección y cuidado, así como las condiciones físicas y económicas del padre o responsable fueran suficientes para proporcionar el cuidado, la protección y la supervisión necesarias.

Los indicadores y formas de negligencia en los niños son: mala higiene habitual al niño, ropa habitualmente inadecuada, mala alimentación, ausencia de atención médica, retraso en el crecimiento de causa no orgánica, medidas higiénicas no adecuadas y de seguridad en el hogar, inasistencia injustificada en la escuela, largos tiempos sin actividades de convivencia familiar así como una mala supervisión de las actividades del menor que ocasionan repetidos accidentes. Los criterios para diagnosticar negligencia son cronicidad y omisión. Es necesario implicar a la sociedad y a las instituciones sin absolver a los padres de su responsabilidad individual (Casado 1997).

Con respecto al abandono, la literatura en 1969 establece una diferencia en lo que se llama abandono severo, que es principalmente la falta de alimentación, se incluyen golpizas constantes que dejan marcas visibles, considerándose que la ayuda en esta categoría es casi nula, y el abandono moderado que incluye la falta de limpieza, de ropa adecuada y falta de cuidado médico, este abandono ocurre cuando los padres se encuentran en situaciones de tensión o estrés (Chase, 1979).

Algunas causas específicas de abandono son las que analizó Pareja (1984 citado en Gallardo 1988), destacando las siguientes.

- La ausencia de uno de los padres por muerte, encarcelamiento, abandono del hogar, madre soltera, etc
- Enfermedad física o mental de los padres.
- Mala reputación moral de la familia (embriaguez, prostitución, etc.)
- Y la falta de recursos económicos

El abandono a los niños puede traerles serios problemas que están relacionados con la edad en que se les abandonó, por ejemplo si es un recién nacido puede morir por abandono total, si es un lactante lo más afectado es su nutrición e higiene originándose

lesiones o una desnutrición severa, y cuando el abandono se hace a niños mayorcitos generalmente los dejan en donde sea, incluso los venden o los regalan (Gallardo, 1988).

El **Maltrato Psicológico** o emocional, existe pero solo se puede diagnosticar más adelante por psicólogos y psiquiatras cuando la alteración emocional es evidente ya que se manifiesta a través de diversas conductas (Kempe, 1979).

Cobo en 1983 (citado en Gallardo, 1988), describió que el niño traumatizado físicamente no es el más afectado psicológicamente, este maltrato puede darse cuando los niños son abandonados en lugares públicos o encerrados en cuartos pequeños mientras los padres se ausentan, en estos casos prevalece el silencio en padres e hijos, sobre todo en estos últimos por estar amenazados si dicen la verdad, por lo que cuando los hechos se hacen públicos los niños ya están tan destrozados físico-afectivamente que es difícil empezar una recuperación en todos los niveles

El maltrato emocional o psicológico se da cuando los adultos responsables de los menores no son capaces de organizar y sostener un vínculo afectivo que proporcione bienestar y apoyo necesarios para el buen funcionamiento psíquico del niño. Es difícil discriminar entre el maltrato y otros trastornos o conflictos derivados de diferentes patologías. Es común encontrar situaciones de ambigüedad, confusión y creencias por parte de los adultos de que su conducta está justificada y ajustada al comportamiento del menor. En este aspecto investigadores como Freud señalan que los padres deben imponer normas y límites por el propio bienestar del niño y aún en contra de su voluntad de lo que podría llegar a ser una situación maltratante (Casado, 1997).

Con la finalidad de estudiar al maltrato psicológico Casado (1997) realizó la siguiente clasificación

- Pasivo Abandono físico.
- Pasivo Abandono emocional. Ausencia de respuesta por parte del adulto a las señales de interacción afectiva del niño
- Pasivo Negligencia en el cuidado psicoafectivo. se incluyen la respuesta parcial o la respuesta incongruente por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño
- Activo Malos tratos psicológicos. Situaciones donde hay violencia del adulto sobre el niño expresadas a través de forma verbal (amenazas) castigos, críticas, culpabilización, aislamiento, etc.

Cabe hacer mención que las formas de maltrato psicológico antes mencionadas se pueden dar de manera combinada.

De las **Características de los padres** Gill (1971, citado en Chase, 1979), encontró que era común que se presentara disciplina asociada con ira no controlada y una actitud general de resentimiento y rechazo hacia un menor en particular. Otra causa era el enojo dirigido hacia el hijo hiperactivo o molesto

En un estudio realizado por Elmer (1967, citado en Chase, 1979) se describe que entre las características más comunes en padres abusivos se encontraban que eran pasivos, dependientes, inmaduros, hostiles, agresivos, siempre enojados, rígidos y fríos. Las madres tenían sentimientos negativos hacia sus niños, sufrían depresiones, frecuentes ataques de llanto, tenían pocos amigos cercanos y habían experimentado bastantes abandonos y separaciones, ya en esta época los estudios sugieren que los padres abusivos fueron maltratados cuando eran menores por sus propios padres. Asimismo se establece que los padres abandonantes y abusivos pertenecen a un grupo con repetidos sufrimientos y fracasos

La señal distintiva de los padres abusivos es el castigo constante deliberado y calculado que no tiene ninguna causa ni razón (Chase, 1979) Así también los padres que tienden a maltratar a sus hijos consideran que el castigo físico constituye un método apropiado para tratarlos (Kempe 1979)

Ya dentro de esta década se vislumbra que los padres que abusan o abandonan severamente a sus hijos están aislados socialmente, no pertenecen a ninguna comunidad, congregación religiosa o grupo, lo que permite que las personas puedan ocultar su severa patología y probablemente puedan incluso ayudar a que ésta progrese (Chase, 1979)

Dentro de los errores que se manejaban al clasificar a los padres, estaban: Padres sometidos a mucha tensión externa, son anormales, psicóticos, criminales o subnormales; otro error es estimar que ocurre raramente (Kempe, 1979)

El comportamiento de los padres se puede considerar como una respuesta extrema a un estrés y/o con frecuencia los padres padecen malos tratos en la infancia. Dentro de los factores que atañen a la tensión emocional se incluye, la inteligencia de los padres,

su estado de salud, su posición socioeconómica, un trans fondo cultural y la estructura psicológica (Kempe, 1979).

Fontana (1980 citado en Calderón, 1985), reporta que en general el menor es víctima de padres emocionalmente afectados, que a su vez durante su infancia tuvieron relaciones familiares conflictivas. Asimismo la violencia se ha perpetuado de generación en generación. Señala que en general es la mujer quien maltrata a los menores, más que el padre, y que a menudo uno de los padres golpea y el otro acepta el hecho de forma pasiva. La edad promedio de la madre golpeadora es de 26 años y la del padre en las mismas circunstancias es de 30. Los padres golpeadores manifiestan, por lo general inapropiadas demandas de dependencia, tratan a los hijos como si fueran mayores, les exigen respuestas amorosas, establecen medidas disciplinarias rígidas y muestran ambivalencia en sus sentimientos de amor y odio hacia sus hijos.

Sobre las **características de los menores**, Korner (1974, citado en Case, 1979), indica que la personalidad del infante puede ser un factor causante de abuso. Por ejemplo bebés desobedientes o enfermos o que lloran mucho, fácilmente evocan hostilidad de madres jóvenes o inmaduras.

Así como ocurren variaciones en los padres, las hay en los hijos. Niños que al nacer son del sexo no esperado o que tienen características que reflejan alguna semejanza con familiares poco deseables, el nacimiento de un niño deficiente el cual constituye un impacto para los padres (Kempe, 1979).

Muchos menores maltratados son considerados por sus padres como retrasados mentales, egoístas y rebeldes a la disciplina, en ocasiones con conducta hiperactiva, otros suelen ser desafiantes, lo que los hace más vulnerables al abuso (Calderón, 1985).

Dentro de otros **factores de riesgo** Se ha intentado buscar un perfil para diagnosticar maltrato (García 1993, Rodríguez 1994 citados en Casado, 1997), no obstante, actualmente se marcan características comunes en los casos de las familias maltratantes, que se pueden considerar como factores de riesgo.

- ✓ Embarazo y partos no deseados, así como madres adolescentes o en situaciones de aislamiento sin recursos ni apoyo familiar

- ✓ Inexperiencia en el cuidado de los niños, produciendo dificultad para reconocer las necesidades afectivas
- ✓ Antecedentes de violencia familiar, conflictos de pareja que mantienen en tensión a los hijos.
- ✓ Antecedentes de maltrato en los padres que maltratan.
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Problemas económicos y/o profesionales ya sea por carencia o por exceso, que impiden ocuparse debidamente de los hijos.
- ✓ Toxicomanías
- ✓ Antecedentes psiquiátricos.

Dentro de los factores de riesgo se marca que el maltrato emocional se puede dar en cualquier nivel socioeconómico, no obstante que sea de diferente forma, ya que en ocasiones se cuenta con recursos y posibilidades para pasar desapercibido el hecho por lo que hace más difícil su diagnóstico e intervención (Casado 1997), en cambio la falta de recursos económicos tiende a fomentar que la conducta desviada sea más visible (Chase, 1979)

Kempe (1979) menciona que para que haya malos tratos al niño se requiere la presencia de cuatro factores

- Padres que tienen un trasfondo de privación emocional y física, y quizá también malos tratos
- El niño es considerado por sus padres o la persona que lo maltrata como indigno de ser amado o desagradable, lo cual puede deberse a embarazos no deseados, productos de violación, etc.
- Tiene que existir una crisis en la familia, ya sea de tipo económico o emocional
- En el momento del conflicto no existe ninguna línea de comunicación con las fuentes de las que podría recibirse apoyo

También hay otros factores asociados al fenómeno del maltrato como son: características de los padres (juventud, bajo nivel educativo y socioeconómico); en su historia personal, donde se puede encontrar maltrato, técnicas de crianza utilizadas en ellos, ausencia del progenitor físicamente (Kempe, 1979), características de

personalidad negativas como insatisfacción, las expectativas que tienen los padres sobre las conductas de sus hijos. En cuanto al medio ambiente se habla de problemas económicos, de empleo y de vivienda (Acevedo, 1996).

En cuanto a las **consecuencias del maltrato en el menor**, es común encontrar a un lactante pequeño, con huesos prominentes y poco tejido adiposo, en sus mejillas y sus nalgas; presenta una expresión angustiada y un apetito voraz. Los niños que padecen estos déficit de desarrollo muestran con frecuencia otros signos de abandono, tales como falta de aseo y alteraciones emocionales, establecen difícilmente comunicación con los demás, están deprimidos, apáticos y retrasados en su desarrollo. El abandono emocional coincide casi siempre con los malos tratos físicos; hay casos extremos en donde se deja el niño atado en el sótano; pero es mucho más frecuente aterrorizarlos, regañarlos o rechazarlos (Kempe, 1979).

Se conocen pocos casos de menores que en edad escolar son maltratados. Su vida corre menos riesgo a causa de lesiones ya que sus cuerpos son menos vulnerables. Hay pocos niños que buscan ayuda en el colegio, con frecuencia el niño no delata a sus padres inventa historias de cómo se hizo las lesiones, pero la índole de estas indica habitualmente la causa auténtica. Los niños en edad escolar, maltratados, mantienen con frecuencia su sufrimiento con muchos secretos, por miedo de que se rompa su familia y porque no saben como podrían cambiar esta situación. Cubren sus lesiones con ropa inadecuada para la estación del año. Si hay abuso sexual en su casa raramente lo revelan a alguien porque no imaginan que bien puede derivarse de ello (Kempe, 1979)

Los niños maltratados tienden a ser solitarios, a no tener amigos, muestran ya la misma ausencia de alegría y espontaneidad de sus padre. Pueden buscar sustitutos a quienes poder querer y con frecuencia realizan grandes esfuerzos para hallar un amigo entre otros más jóvenes que ellos y del mismo sexo, pero esta tentativa suele fracasar, ya que sus exigencias son excesivas y no son comprendidas por el amigo y los padres de éste (Kempe, 1979)

Es desconsolador observar con cuanta frecuencia, en la época en que se inicia la escolaridad, el niño ha aceptado los castigos que le infligen sus padres como totalmente válidos y justificados, habitualmente tienen mucho miedo de incurrir en conflictos y se hacen a sí mismos responsables en el caso de que esto suceda. Han incorporado a su propia conciencia y a su sistema de valores que es él quien no tiene la

razón, haga lo que haga y que su castigo está justificado. Acepta la disciplina de sus padres como el mejor método para educarlos ya que es el único que conoce. Los niños escolares suelen mostrar muchos signos de dificultades en el comportamiento y no se dan cuenta los padres que sus hijos son aquello que han hecho de ellos. Principalmente cuando el niño empieza a ser agresivo o hiperactivo, con notoria desventaja escolar recurriendo a cualquier estilo de adaptación inadecuada, en algunos casos renuncian inmediatamente a cualquier intento antes de arriesgarse a una desaprobación. No han aprendido los modos de ajuste que les permitirán formular las exigencias de una tarea y resolverla de forma eficaz. Incluso se ha observado que cuando los menores han sido víctimas de abuso sexual, se encuentra con frecuencia una delincuencia más grave, acompañada de una enorme pérdida de autoestima (que se manifiesta claramente en afirmaciones como "soy una puta"), observándose entonces prostitución asociada con depresión crónica, aislamiento social, rebelión creciente y fugas o, por el contrario, pueden encontrarse pacientes muy sumisas (Kempe, 1979).

Chase (1979) describe que los niños maltratados habían presentado problemas de interacción social y funcionamiento general el año precedente al incidente o abuso. Mas del 60% tenía un historial previo de abuso, lo que sugiere que el abuso físico no parece ser un incidente aislado sino un patrón de interacción tutor-niño. Casi el 30% de los menores maltratados vivían en hogares dirigidos por una figura femenina. Además de encontrarse bajo una disciplina excesivamente severa o sádica presentaban problemas mentales o emocionales provocados por el tutor que comete el abuso. Lo cual también es mencionado por Schaefer (1988) en una revisión de la literatura donde encontró que las víctimas de maltrato pueden presentar como resultado, deficiencia mental o síntomas psiquiátricos múltiples como depresión, hiperactividad, hiperagresión, conductas extrañas, pseudo madurez o dificultades emocionales.

En cuanto a las **consecuencias del maltrato, en el caso del abandono y la negligencia**, es frecuente encontrar un retraso pondoestatural (la estatura del menor no corresponde a su edad según lo esperado de acuerdo a la norma) que tiende a mantenerse durante cierto tiempo, hasta que la alimentación y la estimulación ambiental se mantengan estables. Algunas de las consecuencias por este tipo de maltrato pueden curarse con el tiempo pero muchas otras se quedan de por vida esta recuperación o no dependerá del tiempo en el que se ha producido el daño y nos niveles alcanzados, por ejemplo, un eritema de pañal muy severo con lesiones profundas puede dejar cicatrices permanentes o las quemaduras que pueden dejar mínimas pigmentaciones en la piel o la pérdida de algún dedo o miembro distal del cuerpo (Martínez, 1993).

El *maltrato psicológico* va deteriorando constantemente la afectividad del menor cada vez que es rechazado, atemorizado y regañado, viviendo situaciones continuas de stress familiar como las que menciona Fontana (1973, citado en Gallardo, 1988) y son constantes mudanzas, continuos cambios de colegio, indiferencia, ausencia de normas, exceso o falta de disciplina, etc

El maltrato psicológico puede resultar incluso más perjudicial en el desarrollo de la persona que el maltrato físico. En general las víctimas se caracterizan por tener una autoestima baja, así como un nivel de asertividad deficiente; interfiriendo esto en sus relaciones interpersonales, de familia y compañeros; así como en su rendimiento escolar (Acevedo, 1996)

Casado (1997), menciona los síntomas y trastornos que pueden presentarse en la víctima de maltrato, como consecuencia de maltratos psicológicos:

- Retraso del crecimiento
- Enfermedades psicósomáticas de repetición
- Accidentes frecuentes
- Dificultad y retraso en cualquier área del desarrollo.
- Labilidad afectiva y trastornos del comportamiento
- Trastornos en el control de esfínteres
- Psicopatías y conductas delictivas
- Depresión e intentos de suicidio
- Psicosis

Para establecer **la Intervención** es importante tomar en cuenta la forma en que se establece el vínculo entre padres e hijos. El niño depende inicialmente del cuidado de sus padres para sobrevivir, y progresar en su desarrollo físico y emocional. Así mismo el desarrollo no está exento de avances y retrocesos, pero es la solución de estos problemas lo que hace avanzar al niño. Al ir creciendo, el menor aprende a cuidarse físicamente, pero es necesario el apoyo afectivo. La interacción, padres hijos es de mutua dependencia, hasta la adolescencia donde los padres renuncian a ser las principales figuras de amor para sus hijos, abriéndoles de esta forma el paso a la independencia. Por lo que se puede considerar que las principales funciones paterno-

maternas son: El reconocimiento del niño como un sujeto de evolución, el revestimiento afectivo del niño, la comprensión de las necesidades del menor, el entendimiento y apoyo de los conflictos que el niño presenta en su evolución así como la incorporación de los límites necesarios de un código ético. Los padres gracias a esta función están considerados como las principales figuras de protección y amor (Casado 1997)

Dentro de los *estudios realizados* se encuentra que, el maltrato en la población infantil es un problema social que ha ido creciendo en las últimas décadas. Actualmente se cree que el incremento se debe a la naturaleza del fenómeno ya que anteriormente se daba, pero este se encontraba encubierto por los protagonistas y los testigos, lo que contribuía a mantenerlo en la obscuridad (Cirillo, 1991).

Lo anterior ha despertado el interés de diversos profesionales por estudiar el fenómeno desde diferentes perspectivas por ejemplo; Mercado (1991), realizó una investigación para saber si existen diferencias entre autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle, encontrando que ambos grupos presentan un autoconcepto devaluado, la mayoría se describe como tonto, lento, burro, etc., es decir no hay diferencias significativas entre los grupos antes mencionados.

Parra (1994) analizó el fenómeno de maltrato psicológico infantil desde una perspectiva de interacción madre-hijo, para lo cual estudió cinco diadas de madre-hijo empleando técnicas de interacción conductual para proporcionar información acerca de cómo interactuar con sus hijos; encontrando que existe una mejor interacción siguiendo la metodología de la interacción social.

Asimismo se observó que las madres fueron capaces de mantener las conductas apropiadas para una buena interacción con sus hijos durante la fase de seguimiento.

También se han realizado varias investigaciones acerca de cómo poder prevenir el maltrato infantil a través de intervención con padres maltratadores, como ejemplo se citan los siguientes:

Vargas, (1996) realizó una investigación que tuvo como objetivo entrenar a las madres en habilidades de interacción con sus hijos ya que estas habilidades funcionan

de manera preventiva ante el fenómeno del maltrato infantil puesto que se ha visto que la interacción familiar es un factor muy ligado al fenómeno del maltrato. De este estudio se encontró que, con el entrenamiento que se les dio a las madres, se dieron cambios en la manera de interactuar puesto que adquirieron nuevas habilidades para poder tener mejor interacción con sus hijos.

En un estudio realizado por Romero (1996), se analizaron de manera funcional la conducta de desobediencia de niños maltratados y establecer habilidades conductuales en las madres maltratadoras mediante modelamiento, ensayo conductual, retroalimentación verbal y visual; para reducir la desobediencia de los niños, encontrando que al incrementar, a partir del entrenamiento, las habilidades instruccionales de las madres, incrementó la obediencia de los niños.

Asimismo se ha llevado a cabo la validación social de un programa para la prevención y tratamiento del maltrato infantil. En este estudio se toma el maltrato como consecuencia de una interacción compleja de factores como la historia del perpetrador, las causas de la conducta, las características del niño y aquellos factores del medio ambiente que contribuyen al problema, por tal motivo el problema del maltrato infantil requiere de servicios de tratamiento multifacéticos que incluyan: deficiencias de los padres, problemas de conducta infantil y las variables sociológicas (Fulgencio, 1996)

En resumen, el periodo de la niñez generalmente nos evoca una etapa que se espera esté matizada por colores, formas, acciones y ejemplos que den, a los niños, herramientas de acción para ser utilizadas en situaciones que se vayan presentando a lo largo de su desarrollo. Sin embargo al observar a nuestro alrededor se ve con gran desaliento que muy lejos de ser un periodo de luces y colores, por diversas situaciones, en algunos casos, solo se ven unas caras tristes, descuidadas, con señales rojas, que avisan del peligro que impera en el ambiente en que se desenvuelven.

Asimismo el maltrato al menor, no se limita a razas, religiones estratos sociales, o características particulares de los padres, así como a algún problema emocional o de algún acto que despierte la conducta de maltrato (Calderón, 1985). Se habla de una amplia gama de características de los padres maltratadores y de los niños maltratados, que los primeros han sido maltratados en su desarrollo o privado de afecto materno, además de contar con otras características frecuentes como dependencia, inmadurez, agresividad, rigidez (Elmer, 1967), aunadas a características de los niños que

incrementan la probabilidad de presencia del maltrato como son: hiperactividad, enfermedad, desobediencia (Chase, 1979) o incluso por ser del sexo no deseado por sus padres. Así también se han encontrado otros factores influyentes como embarazos no deseados inexperiencia de los padres, aislamiento social, problemas económicos, toxicomanías, antecedentes psiquiátricos entre otros (Casado, 1997). Pero de igual manera cualquier tipo de maltrato trae graves consecuencias a los menores que lo padecen desde afecciones físicas como invalidez de cualquier tipo por mencionar alguna hasta problemas psicológicos graves dentro de los que podemos mencionar psicopatías, depresión o psicosis, que a su vez van a dar origen a padres maltratadores y muy agresivos.

Por lo anterior se observa que gran parte del campo de acción de la psicología se centra en el trabajo con personas, en cualquier etapa de su desarrollo; aunque un periodo muy sensible, pudiera ser el de la niñez y la adolescencia, ya que se está en formación, y la falta de información, de ejemplo o la exposición frecuente a cambios muy bruscos de situaciones, determinarán el estilo de acción que se tomará ante situaciones inmediatas y/o futuras.

Es evidente que en los ambientes donde se está maltratando a un menor impera el dolor, por lo que se convierte en un medio aversivo. Cualquier organismo desearía no estar en un ambiente aversivo ya que siempre es desagradable y a veces en realidad doloroso, sin embargo cuando el organismo no puede escaparse de éste es de esperarse la agresión. Después de años de investigación Bandura (1978) llega a la conclusión de que el dolor produce confiablemente agresión, esto en casi todas las especies, así como también hay otros eventos que producen agresión inducida como la ocurrencia de cosas malas o la eliminación de cosas buenas aunque a veces es difícil determinar si la conducta que se está presentando se debe a la presencia de cosas malas o a que no ocurrieron las cosas buenas deseadas.

A continuación se hablará más extensamente de la conducta agresiva.

AGRESIÓN

Definiciones: Al término agresión se le puede utilizar para referirse a diversos estados emocionales y de actitudes así mismo se puede considerar como un rasgo de la personalidad, un hábito aprendido, un reflejo estereotipado o un proceso biológico, esta serie de significados y connotaciones han dificultado la definición del término lo cual se debe también a que no es un concepto simple y unitario, no hay un tipo específico de conducta que se pueda considerar agresiva, ni tampoco hay un proceso particular que represente agresión (Jhonson, 1976)

Berkowitz (1993, citado en Serrano 1996) menciona que agresión siempre se refiere a algún tipo de conducta, tanto física como simbólica que se ejecuta con la intención de herir a alguien

El término agresividad es utilizado para designar a la capacidad humana para "oponer resistencia" a las influencias del medio. La agresividad humana tiene variantes fisiológicas, conductuales y vivenciales, por lo que constituye una estructura psicológica compleja. Lolas (1991, cit. en Corsi, 1994) define "Agresividad" es un constructo teórico en el que cabe distinguir tres dimensiones: A) una dimensión conductual (conducta manifiesta), la que llamamos agresión; B) una dimensión fisiológica (en el sentido visceral y autonómico), que forma parte del estado; C) una dimensión vivencial que califica la experiencia del sujeto, que le llamaremos hostilidad.

Serrano (1996), hizo una revisión de diferentes escritos sobre agresividad encontrando las siguientes definiciones. Buss (1961) define a la agresividad como una respuesta que consiste en proporcionar un estímulo nocivo a otro organismo. Bandura (1973) dice que es "una conducta perjudicial y destructiva que socialmente es definida como agresiva". Patterson (1977) por su lado dice que la agresión "es un evento aversivo dispensado contingentemente a las conductas de otra persona". De acuerdo a lo anterior llega a la conclusión de que agresividad se refiere al hecho de provocar daño a una persona u objeto. Por conductas agresivas se entiende a las conductas intencionales que pueden causar daño ya sea físico o psicológico.

Generalmente se piensa que las influencias de los padres no son tan simples. Pocos padres educan conscientemente a sus hijos para ser agresivos, y la mayoría de ellos creen firmemente que están haciendo lo que es "correcto". Hay padres que creen en una disciplina estricta se guían por su dicho "ahorrar azotes es echar a perder a los niños". Hacen por lo tanto esfuerzos contraproducentes ya que no hay ninguna otra variable tan fuertemente relacionada con el desarrollo de la conducta agresiva que el uso del castigo físico (Jhonson, 1976)

Johnson (1976), menciona los factores independientes correlacionados con el desarrollo de la agresividad y son:

- a) El uso del castigo físico.
- b) La permisividad paternal en la expresión de la agresión.
- c) Los desacuerdos frecuentes entre los padres
- d) La insatisfacción general de la madre por su rol de vida, y especialmente la baja autoestima de su esposo

Los seres humanos multiplican la agresión aprendida de varias formas, a través de la publicidad y de los sistemas de comunicación, en la educación de los hijos a quienes se les enseña que no peguen dándoles nalgadas cuando lo hacen, de esta manera lo que realmente se les está enseñando a los hijos es que, si se quiere controlar la conducta, es necesario recurrir a la fuerza y a la agresión (Bandura, 1978) Encontrando entonces que la agresividad es a su vez una forma de expresión y de comunicación por parte del menor, se habla o se agrede físicamente, hay destrucción de los objetos (posesiones), apropiación de objetos (fuerza), agresiones verbales, delación "falta que el menor denuncia" y agresión dirigida hacia el adulto (Odrele, 1988)

Dado que la conducta es comunicación, lo esencial de la agresión es que comunica, teniendo un origen (agresor) y un destinatario (agredido). Así mismo se tiene una direccionalidad, así como una intencionalidad (Corsi 1994)

La conducta agresiva, independientemente de cómo se manifiesta, siempre es un estímulo aversivo y dañino puesto que la víctima protestará, tratará de evitarlo o escapar de la situación o bien responderá con una contraagresión defensiva. Esta conducta

cuando es presentada por el niño preocupa a los padres y maestros quienes tratan de controlarla de diversas maneras sin tener éxito en la mayoría de los casos, y es que estos arrebatos de agresividad son un rasgo normal en la infancia aunque en algunos niños preocupa la persistencia de esta conducta que finalmente les provocará frustración por ser rechazados por los demás niños. Durante los primeros años es más frecuente la conducta agresiva, llegando a su máximo nivel a los dos años y a partir de allí empieza a decrementar para que aproximadamente a los cuatro años sean sustancialmente menor la destructividad y los instintos de humillar a otros (Herbert, 1985 cit En Serrano, 1996) Es importante tener en cuenta el análisis de esta conducta, algunos autores hacen una diferenciación entre agresión instrumental y agresión hostil (Rule, 1974 cit En Serrano, 1996). La agresión instrumental se lleva a cabo para conseguir fines no agresivos mientras que la agresión hostil-afectiva o emocional tiene como principal objetivo dañar a alguien o a algo. El primer tipo de agresión está controlado por incentivos externos puesto que se intenta obtener algún objetivo externo y la segunda es una respuesta agresiva motivada por el enojo o por alguna estimulación aversiva y tiene como objetivo reducir o quitar dicho estímulo. Con respecto a estos dos tipos de agresión, se sabe que en el niño muy pequeño el comportamiento agresivo instrumental es más frecuente, a medida que son mayorcitos el que predomina es el comportamiento agresivo hostil (Hartup, 1974 Cit Serrano, 1996)

Entre las diferentes teorías sobre la agresión, que aparecen en una recopilación de Serrano (1996), se encuentran las teorías del impulso, las cuales son de interés en este estudio, estas teorías desarrolladas inicialmente por Dollard y Miller (1939) y posteriormente por Berkowitz (1962) y Feshbach (1970) mencionan como hipótesis que la frustración activa un impulso agresivo que se reduce únicamente con alguna forma de respuesta agresiva. En un medio familiar en donde existe una reiterada agresión por parte de los padres quienes amenazan, castigan y rechazan a sus hijos, se observará una mayor agresión en los niños por lo que se ha señalado que el castigo a la agresión, que frustra al niño, se relaciona con una mayor agresividad infantil. Sin embargo en otras investigaciones (Bandura, 1973) se ha visto que la frustración es sólo un factor, y no necesariamente el más importante, que afecta a la expresión de la agresión

En cuanto a los **Factores Influyentes** en la conducta agresiva, encontramos que el factor sociocultural del menor influye de manera importante en la conducta agresiva ya que es el responsable de los modelos a que haya sido expuesto así como de los procesos de reforzamiento a que haya sido sometido. Entre estos factores se encuentra la familia que juega un papel muy importante ya que los padres son los modelos a seguir y los que reforzarán la conducta agresiva de diferentes maneras, el padre hostil no acepta y desaprueba a su hijo además de no darle afecto, comprensión o explicaciones y tiende a utilizar con frecuencia el castigo físico, la incongruencia en el comportamiento de los padres cuando desaprueban la agresión y la castigan con su propia agresión física o amenazan al niño esto puede generar incluso más hostilidad en el niño, la incoherencia que tiene lugar cuando los padres castigan la agresión que los niños presentan ante ellos pero refuerzan esta agresión cuando es dirigida a otras personas y la inconsistencia que es cuando los padres castigan algunas conductas agresivas de sus hijos y otras las ignoran por lo que no le dan pautas consistentes (Serrano, 1996).

La escuela es el lugar de los aprendizajes de la vida social, en ella los niños se enfrentan con el otro y así experimentan la amistad pero también el odio y la violencia. La escuela es un "mundo duro" para el niño, con frecuencia los padres olvidan sus propias experiencias escolares y no tanto en el aspecto de los deberes como en el de las luchas entre los alumnos. El desafío (en el nivel escolar, dirigido hacia el maestro) tiene un valor de agresión ya que es con el objetivo de que el maestro se disguste. En los más pequeños no pasa de ser ingenuo y quien lo provoca en general desconoce las reglas. Pero cuando un niño ha sido agredido responderá frecuentemente con lágrimas, ya sean de aflicción o de cólera, llamadas de auxilio, resistencia firme sin contraagresión, actitudes y conductas de sumisión, conductas de mediación, presencia de un tercero para consolar a la víctima (Odiele, 1988).

Los menores reaccionan al igual que los adultos cuando se han fijado metas y no las han alcanzado, experimentan grandes dificultades para hacerse entender comportándose generalmente de manera agresiva, conforme van dominando el lenguaje se muestran menos propensos a la cólera y a la agresividad. La situación familiar influye considerablemente sobre el comportamiento del hijo y según se maneje ésta podrá enseñar al menor a controlar su agresividad o a utilizarla cada vez que quiera algo.

Asimismo se ha notado en el ambiente escolar, el lunes por la mañana, el comportamiento agresivo ya que los menores han padecido las tensiones familiares, visitas y horas de inmovilidad en el televisor que viven en su casa durante el fin de semana. En la actualidad se tiende a considerar a los actos agresivos como una "llamada", la agresión sería para los menores un medio de comunicación por más imperfecto que éste sea, tomando en cuenta que es de naturaleza negativa y antisocial. Todos los padres viven la agresividad de sus hijos pequeños incluso algunos los clasifican como malos, no obstante que esta agresividad no tiene nada que ver con la maldad ya que estos actos "agresivos", limitados por la fuerza y el tamaño de quien los comete, no apuntan el deseo de hacer daño sino más bien de defenderse (Odiele, 1988)

Rousseau en su obra "El Emilio " menciona que toda maldad viene de la debilidad, si el niño es malo es a causa de su debilidad, fortalecedlo y será bueno, si alguien lo pudiera todo no haría jamás el mal". (Odiele, 1988)

Hostilidad: como se mencionó anteriormente, la hostilidad es una dimensión de la agresividad que el menor toma a medida que va creciendo si en su ambiente familiar-social imperan situaciones de agresividad, incluso el castigo en forma de maltrato verbal puede provocar una respuesta agresiva más fuerte que cuando se frustra al sujeto interfiriendo en una tarea que esté realizando. En el hogar los despliegues de ira del padre pueden ser más importantes que la severidad del castigo y la inhibición, si es que hay alguna, puede ser solo temporal. La disciplina puede lograr su meta inmediata de formar un niño "bien educado" en el hogar pero se pueden desplazar a otros lugares como la escuela (Johnson, 1976)

Carthy (1977) en una revisión literaria encuentra que la diferencia entre agresión y hostilidad es que la agresión es una respuesta que libera estímulos nocivos hacia otro organismo y hostilidad es una actitud, una respuesta verbal implícita que envuelve sentimientos negativos (mala voluntad) y evaluaciones negativas de personas y acontecimientos. La hostilidad puede generarse en la agresión inexpresada asimismo puede ser un subproducto de la agresión expresada, particularmente cuando tal agresión ha sido evocada frecuentemente por la víctima. El comportamiento hostil

humano no es evocado necesariamente por una pauta desencadenadora de la conducta de la víctima de hecho la respuesta blanda de la víctima para apartar la ira puede tener efecto precisamente opuesto y exacerbar la hostilidad. Es sorprendente cuan hostiles pueden ser una sonrisa, un regalo, posiblemente más agresivos que clavar alfileres en un modelo de cera

Con respecto al término agresión y hostilidad, Wolman (1984) encontró que la agresión es definida como ataque o acción hostil que puede adoptar cualquier forma desde física, en un extremo, hasta la crítica verbal amigable en el otro. Así mismo define hostilidad como el deseo de dañar a otra persona

Esta relación entre agresividad y hostilidad es importante puesto que cuando la agresividad está manifiesta en la familia, la separación entre los miembros también se hace evidente creando un ambiente molesto que, a su vez, facilita la hostilidad y el rechazo entre ellos (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes y Rivera, 1997). De tal manera que uno de los aspectos a explorar, en el presente estudio, es la hostilidad que las menores presentan con sus padres, a través de la Escala de Ambiente Familiar (Villatoro et al 1997), instrumento con el que se ha trabajado en su validez y confiabilidad con estudiantes de secundaria y preparatoria, de edades entre 11 y 22 años, presentando características psicométricas satisfactorias ($\alpha = 0.95$) para la escala total que permite su utilización en la población a trabajar

Es conveniente señalar que debido a que en este estudio la muestra estuvo formada por menores de entre 6 y 17 años de edad, se investigó con los que desarrollaron la Escala de Ambiente Familiar, si se podía aplicar a menores en este rango de edad, encontrando que si era posible, siempre y cuando se tuviera la certeza de que se comprendieron las preguntas

DEPRESION

Se ha manejado la idea de que la agresión juega un papel importante en el desarrollo de la depresión. Esto es propuesto por Abraham (1911) y Freud (1917). Kendell (1970) propone la hipótesis de que la depresión es causada por la inhibición de las respuestas agresivas a la frustración, hipótesis que implica la aceptada por Dollard (1935) de la agresión como respuesta fundamental frente a la frustración. Gilbert (1970) sigue la idea de que la depresión es desarrollada por los individuos que no pueden manejar explícitamente su ira. Así las conductas perfeccionistas, habituales en el sujeto especialmente vulnerable a la enfermedad depresiva, serían utilizadas para sublimar la hostilidad, defendiéndose de este modo mediante un mecanismo intelectualizado de las emociones desagradables. Apoyando esta idea se marca epidemiológicamente que las depresiones son muy altas en los grupos culturales donde prevalece un fuerte tabú a todas las formas de violencia física (Ayuso y Saiz, 1981).

El estado depresivo es considerado como un síndrome, esta concepción tiene sus orígenes en el siglo V antes de Cristo, Hipócrates define al término melancolía que significa bilis negra, y es caracterizada por un estado de aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. De esta descripción básica nace el concepto clásico de la depresión (Polaino-Lorente, 1985).

Desde entonces se ha estudiado ampliamente a la depresión en el adulto pero es hasta después de los años 60 que se presenta un interés por el problema de la depresión infantil, y se adoptan tres orientaciones diferentes:

1. El diagnóstico de la depresión en niños debe ser diferente de la utilizada en los adultos
2. El cuadro depresivo infantil debe considerarse similar al del adulto, estableciendo solo niveles de desarrollo
3. Se debe reconocer que hasta el presente no hay elementos suficientes para aceptar a la depresión como una entidad clínica reconocida (Calderón 1985).

En 1975 ya se considera a la depresión infantil como un síndrome depresivo, cuya aparición no es pasajera sino persistente y reaparece en otro momento de la vida del sujeto; una depresión infantil puede persistir meses o años y aumentar el riesgo en la vida adolescente y adulta (Polaino-Lorente, 1988).

Clasificación: Calderón (1985) presenta la clasificación de depresión infantil en tres categorías: aguda, crónica y enmascarada. Los dos primeros cuadros presentan síntomas semejantes, mal rendimiento y adaptación en la escuela, alteración de los patrones de sueño y de la alimentación, sentimientos de miedo y desesperación, retardo psicomotor y en ocasiones, ideas o intentos suicidas. En el tercer cuadro se presenta una gran variedad de alteraciones emocionales, como hiperactividad, trastornos psicósomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia.

Los psiquiatras infantiles de la escuela Francesa han optado por clasificar a las depresiones infantiles en tres formas clínicas. A) Depresiones somatógenas, en donde se asocia la depresión con otros cuadros clínicos, B) depresiones exógenas o psicógenas en donde la depresión se vincula a conflictos neuróticos y C) depresión endógena, la sintomatología de estos pacientes puede encontrarse en manifestaciones que son propias de las psicosis infantiles, enfermedades maniacas (Polaino-Lorente, 1988)

Después de los primeros estudios de depresión, los psicoanalistas se interesaron en la relación madre-hijo y surge el término de depresión anaclítica (del griego ana. cambio y clisis. apoyarse). La depresión anaclítica es un síndrome que se presenta en los niños durante el primer año de su vida si se les priva de atenciones maternas adecuadas. Se presentan las fases de protesta (llanto agitado), desesperación (continúa el estado llegando a la tristeza y desesperanza, con llanto monótono y menos intenso) y aislamiento (se desliga de toda relación humana y se interesa por objetos inanimados), (Calderón, 1985).

Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión (CIE 10). Las depresiones del estado de ánimo varían escasamente

de un día a otro y no suelen responder a cambios ambientales, aunque pueden presentarse variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo

En el niño escolar mayor y en el adolescente podemos observar 3 síndromes depresivos el síndrome de resignación tranquila con tristeza, adaptación excesiva, timidez, autoaislamiento, mordedura de uñas y gran agresividad, ; el síndrome caracterizado por inhibición y reducción de los impulsos con retraso psicomotor, apatía dudas sobre sí mismo, promiscuidad, mutismo y pasividad Y el síndrome agitado-ansioso con auto agresividad, inseguridad, abuso de drogas, lloros inmotivados y comportamiento suicida" (Acosta, Rey y Gutiérrez, 1989 cit. en Ledesma y Melero, 1989)

Síntomas: En el sujeto depresivo, existen manifestaciones emocionales como tristeza patológica, ansiedad y periodos de irritabilidad y mal humor En cuanto al pensamiento se observan trastornos como lentitud del pensamiento, dificultad de concentración, indecisión, ideas delirantes de culpa, hipocondríacas, pesimismo, disminución de la autoestima, ideas de suicidio además de darse conjuntamente síntomas somáticos como insomnio, pérdida del apetito y de peso, estreñimiento, disminución de la libido, etc. En los pacientes depresivos son muy comunes las ideas de suicidio, en los casos menos graves los sujetos piensan que es mejor morir que vivir así, cuando estas ideas son persistentes muchas veces las expresan a sus familiares o al médico, si aumenta el riesgo de suicidio la persona ya planea la forma de llevarlo a cabo dejando notas de despedida y culminando con el intento o con el suicidio consumado (Ledesma y Melero, 1989)

Por lo general el enfermo que las padece, sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de las formas típicas de depresión leve, moderado y grave (CIE 10):

1 Disminución de la atención y concentración

- 2 La pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad.
- 3 Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- 4 Una perspectiva sombría del futuro
- 5 Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- 6 Los trastornos del sueño.
- 7 La pérdida del apetito.

Considerando que en la depresión leve se presentan al menos dos de los síntomas anteriores, en la depresión moderada de 3 a 4 y en la depresión grave 5 o más.

Los síntomas más importantes de la depresión infantil en la primera edad escolar son irritabilidad, inseguridad, inhibiciones del juego y trastornos de las relaciones interpersonales, añadiéndose también enuresis, manipulación genital y terrores nocturnos, es decir, en el campo emocional prevalecen los síntomas de la inhibición y la agitación que poseen un marcado carácter de señal y/o sintomatología psicósomática (Acosta et al , 1989 cit en Ledesma y Melero, 1989).

Dentro de los problemas afectivos el adolescente deprimido se encuentra visiblemente triste y retraído de toda actividad y de sus compañeros, se pueden presentar al igual que en el adulto síntomas somáticos, cefaleas por tensión, insomnio, anorexia o bulimia, fácil fatiga, etc. Así mismo pueden sentirse agotados, se quejan de no tener energía presentan problemas para relacionarse con el mundo exterior y resolver problemas que este le plantea (Kaplan y Sadock, 1987)

La depresión es la enfermedad donde existe la mayor agresividad del sujeto contra sí mismo por lo que se observa una importante relación entre agresividad y depresión (Ledesma y Ledesma, 1989 cit en Ledesma y Melero, 1989)

Factores de riesgo: Hoy en día se suele considerar que los trastornos depresivos de niños y adultos son similares; no obstante que la bibliografía sobre los factores etiológicos de la depresión infantil es poca. Algunos autores consideran que pueden ser desencadenantes. la pérdida de los padres o de algún ser u objeto muy

querido por muerte o separación, en una edad temprana, el desprecio y el rechazo de los padres hacia el hijo y los trastornos depresivos de los padres que pueden provocar mayores conflictos y menor cohesión familiar. En general estos casos de depresión infantil no se diagnostican en esta época sino hasta muchos años después, encontrándose que por lo menos alguno de los padres se encuentra tan deprimido como el hijo. Los tensionantes físicos como *alguna incapacidad severa de los padres* también suele determinar cuadros depresivos en sus hijos (Calderón, 1985).

Aún cuando no se han demostrado ampliamente los efectos de la urbanización, la industrialización y sobre todo la emigración, hacen sospechar que juegan un papel importante en la génesis de las depresiones infantiles (Fabrega, 1969). En la cohesión social, especialmente en esta *oukia* natural que es la familia, las tradiciones se desvanecen muy rápidamente, la trabazón de los familiares es casi nula y apenas si existe un modelo comportamental a imitar en el escaso tiempo de convivencia entre padres e hijos. Recíprocamente las relaciones hijos-padres también se ven afectados por esta privación vincular (Polaino-Lorente, 1985)

Hoy en día por la situación social y laboral de los padres, el niño está menos protegido psicológicamente que antaño, la ausencia del padre por razones profesionales y la creciente emancipación de la madre le obligan a desenvolverse y desarrollarse en diversas guarderías y residencias infantiles en las que el personal, generalmente no especializado en técnicas pedagógicas infantiles, cambia frecuentemente, impidiendo al *niño tener un patrón estable* en cuanto a su educación y trato, en otros casos, las frustraciones emocionales pero también las actitudes patógenas de los padres, represiva y autoritaria o relajada y excesivamente tolerante (Acosta et al 1989 citado en Ledesma y Melero, 1989), así como la desesperanza, la sensación de inutilidad, el deseo de morir, las depresiones graves y conductas suicidas de los padres, son factores sociales de riesgo que intervienen indudablemente en la génesis de síndromes depresivos.

Cada vez de manera más frecuente aparece en los alumnos, en el ámbito escolar, lo que se ha llamado la indefensión aprendida que al parecer es un factor importante en el fracaso escolar. Las características de la indefensión aprendida fueron mencionadas por Seligman en 1975 (citado por Sentín, 1989 cit en Ledesma y Melero, 1989) y son:

lentitud en la emisión de respuestas; sentimiento de impotencia; vivencia emocional que le impide valorar la posibilidad de dar respuestas correctas, y déficit de autoestima que les hace percibir su futuro de forma negativa. En este sentido es importante la estructura familiar en la que se encuentra envuelto el sujeto ya que va a ser la que pone en funcionamiento desde muy temprana edad los tres aspectos de la conducta que constituyen la totalidad del comportamiento: Cómo pensar y enjuiciar; como actuar y experimentar y como sentir y gozar (Sentin, 1989 cit. en Ledesma y Melero, 1989)

Causas y efectos: La enfermedad depresiva es un hecho contemporáneo que significa muchas cosas. Su actual vigencia clínica queda atestiguada por algunos datos epidemiológicos recientes. Dentro de la estructura familiar parece que sus implicaciones son obvias (no obstante que se necesita estudio). Las actividades de los padres, la permisividad, la minimización de las exposiciones a las frustraciones, es decir, que se ha creado un mito de esto con el cual se ha quitado al niño cualquier entrenamiento de inmunización ante la frustración (Polaino-Lorente, 1985). No obstante, Cobo (1992), considera que las mayores desgracias en la vida no han provocado las mayores depresiones en la infancia, al menos en un futuro inmediato, hace falta que esa desgracia se encuentre con una disposición interior del niño, con una sensibilidad especial, con una etapa vulnerable de su desarrollo para que la mezcla resulte depresiva

Cobo (1992) menciona una clasificación de las desgracias que producen más grave o más duradera psicopatología en el niño, y que para los fines de este estudio es importante describir, estas son:

- *Orfandad de uno o ambos padres*
- *Padre-s alcohólico-s/drogadicto-s*
- *Tortura, malos tratos*
- *Violación crónica, incesto*
- *Padres separados en litigio*
- *Enfermedades repetidas, crónica*

Los hijos huérfanos; el daño va a depender de muchos factores entre ellos se encuentran la relación que el niño tenía con el padre fallecido y la magnitud del cambio que conlleva la muerte del progenitor en la vida cotidiana del niño. La orfandad es una desgracia que puede causar depresión en el niño cuando. 1) mueren ambos padres; 2) muere el padre muy querido, 3) cuando baja notablemente el nivel económico en la vida cotidiana del niño

Los hijos de padres alcohólicos/drogadictos En los padres alcohólicos existe el riesgo de los malos tratos físicos a esposa e hijos y de la inseguridad económica para la familia, en el caso de las madres está el riesgo de la negligencia o del descuido total de los hijos que como ya se mencionaba en el capítulo de maltrato, puede tener graves consecuencias. A menudo el alcohólico es violento y los hijos lo odian pero el padre alcohólico que más frecuentemente produce depresión en el hijo es aquél que se presenta con personalidad dividida, es decir, que se revela como una buena persona cuando está sereno y temible cuando se vuelve ebrio; esto hace que el niño sensible se convierta en asustado y pesimista, y la niña en masoquista acabando por casarse con un hombre alcohólico.

Los hijos torturados Los niños que corren mayor riesgo de ser torturados son los bebés de familias donde está la pareja de padres con los hijos viviendo en aislamiento del resto de la familia, como los abuelos y tíos, estos niños son detectados en los servicios de urgencias de los hospitales pediátricos donde movilizan a los servicios sociales. Los pequeños sometidos a malos tratos físicos habituales por uno de sus padres o por ambos tienden a evolucionar de diversas maneras ya sea con retraso psíquico ó como psicópatas agresivos, firmes candidatos a la delincuencia, en el caso de los varones o como psicópatas masoquistas, con períodos depresivos y suicidios, en el caso de las niñas. Un niño crónicamente maltratado tenderá a ser de una manera u otra, un padre que maltrata, y seguirá la destructiva cadena. La tortura más que llevar de forma directa a la depresión produce criaturas incapaces de sentir seguridad, afecto y fe en las relaciones con los otros

Los menores malqueridos, violación e incesto Aquí encontramos el episodio agudo de abuso sexual que, termina en una neurosis traumática de ansiedad (estado de

nerviosismo, inquietud, miedos, insomnio, pesadillas, inapetencia, dolores intestinales, vómitos, etc) este episodio puede durar de unas cuantas semanas a meses y cuya gravedad depende de la personalidad previa del niño. Pero las más lesivas por ser más insidiosas son las situaciones de uso sexual crónico de un menor, que conllevan un grado de relación estable entre éste y la persona que lo vulnera. La relación de sexo entre un adulto y un niño producida sin violencia y en la que median gratificaciones afectivas y materiales no es psicotraumática en la época en que tiene lugar sino que sus efectos dañinos parecen darse a más largo plazo. En este tipo de maltrato el daño dura toda la vida y nos encontramos ante una depresión de una persona que tiene un nombre sucio, una vergüenza que crece con ella, una memoria manchada, una imposibilidad de mirar a los ojos. Esta culpa se carga para siempre con el crimen del padre o del perpetrador

Los hijos del odio Naturalmente que hace daño a los hijos una pareja de padres que se odian unidos pero no menos daño hace una pareja de padres que se odian separados. Cuando los padres litigan o se siguen haciendo daño aún después de separados el niño sufrirá mucho, se encontrará muy solo, en la medida en que sea utilizado para esa batalla o en la medida en que queda abandonado sin que ninguno de ambos padres se haga cargo responsable y duraderamente de su educación y de sus sentimientos ocupados por destrozarse mutuamente. De esta situación los niños más pequeños suelen reaccionar con inapetencia, tristeza, ansiedad y somatizaciones. Los escolares, con disminución de su rendimiento escolar y los varones con trastornos de conducta, en tanto que las niñas con conductas depresivas. Los adolescentes se entregan a una vida desordenada como forma de negar la angustia y la pena, se pasan el día fuera de casa, se dan a las bebidas alcohólicas y/o a las drogas, adoptan comportamientos de excesiva alegría y actividad. Quieren demostrar así que no les afecta el problema de los padres, pero son los que a menudo recurren al suicidio

Los hijos del desvelo, enfermedades repetidas o crónicas. Cuando un niño pasa enfermo la mayor parte de su infancia, desde sus primeras semanas, queda en él un fondo insuperable de irritabilidad, de malhumor, de insatisfacción, de vida no vivida en su tiempo y en su placer natural. Se asocian los problemas alimentarios con los trastornos precoces del sueño, las deshidrataciones, el pánico de la madre, la ausencia

de una interrelación confiada y gratificante entre los padres y el bebé. Los padres más que amar alegremente a esos hijos, sienten un amor de pena, la sobreprotección y la ansiedad rigen sus relaciones con su hijo. Pero también es una triste desgracia la del niño que ha de crecer en una familia dominada por la enfermedad. Cuando es la madre quien padece un proceso patológico de larga evolución, pierde alegría, prestancia y disponibilidad para la familia, sobre todo para el hijo más movido y vivaz, que le suele irritar y cansar, provocándole rechazo. El niño se volcará hacia afuera de casa, buscando sustitutos o hacia el padre pero si no encuentra éxito en estas salidas se concentrará en sí y se volverá asocial y medroso, y rumiará en sus juegos temas agresivos y morbosos.

Otras causas de depresión además de las anteriores pueden ser las siguientes. *Genéticas*, se ha visto que los niños de familias con depresión endógena padecen más frecuentemente trastornos psiquiátricos y entre éstos de trastornos depresivos que la población infantil global. Pero hay que tener en cuenta que un hijo de padre con enfermedad manícodepresiva puede enfermar a lo largo de su vida. Sin embargo se desconoce como se efectúa la determinación genética o si hay un gen concreto ligado a la enfermedad. En cuanto a las *causas biológicas*, es posible que en las depresiones se dé un proceso dinámico psicobiológico, es decir, que exista una asociación de fenómenos entre la expresión psíquica y la neuroquímica que pueden ir cambiando en la persona según proporciones distintas de dichas sustancias biológicas, según el momento o tipo de la depresión. Pero esta variación de las sustancias orgánicas, no asegura que sean similares a la causa de la depresión, sin por esto descartar la importancia de las investigaciones sobre los datos biológicos en las depresiones ya que uno de sus tratamientos fundamentales es el farmacológico, lo cual demuestra la causalidad orgánica. También se consideran algunas *causas psicológicas*, por ejemplo la depresión anaclítica que, como ya se mencionó, es una enfermedad afectiva infantil que se origina en la hospitalización del niño que por esta causa, a su corta edad, se le privaba de la madre (Cobo, 1992). Así también es una causa psicológica frecuente la desviación de la relación entre la madre y el hijo caracterizada por rechazo, hostilidad y ambivalencia por parte de la madre, provocando en el hijo trastornos psicóticos de tipo depresivo (Calderón, 1985).

Las repercusiones en el paciente con depresión pueden darse en el plano cognitivo, emotivo y comportamental. En lo cognitivo, la depresión dificulta percibir la relación entre la acción y la modificación de los acontecimientos externos, la persona está convencida de que no tiene posibilidades de influir en su medio ambiente. En el aspecto emotivo, el depresivo se considera inútil, incapaz, sometido al destino imposibilitado de afirmarse a sí mismo a favor de lo que desea o en contra de lo que rechaza y como consecuencia, en el orden comportamental, es pasivo, *sin estímulo para la acción*, sin esperanza para realizar algún proyecto e incluso sin la motivación de realizar el esfuerzo fundamental de vivir. Se ha observado experimentalmente la conexión entre la depresión y las deficiencias de autoestima en los sujetos depresivos, el análisis comparativo de la autoestima y de la depresión hace pensar que ésta tiene como uno de sus principales componentes una baja autoestima en el paciente y como conclusión consecuente se menciona que los tratamientos o terapias antidepresivas deben tener en cuenta la necesidad de favorecer el desarrollo de la autoestima en los depresivos con las experiencias de control y de estima (Martín, 1989 cit. en Ledesma y Melero, 1989).

Diagnóstico y tratamiento: se habla de que la familia juega un papel importante, tanto en el desencadenamiento de la enfermedad como en el grado de eficacia y el modo en que se hace patente la respuesta terapéutica. Leff y col (1980) han encontrado que los pacientes depresivos viven con familias depresivas y con *deteriorada* capacidad para expresar sus emociones. En consecuencia la interacción afectiva dentro del grupo familiar está empobrecida en este caso y, simultáneamente, las referencias son *demasiado exigentes y rígidas* lo que, como ha demostrado Sanua (1982), es de suma importancia por intervenir, no solo sobre la aparición de la enfermedad, sino también en su más rápida o tardía recuperación (Polaino-Lorente, 1985).

Para el diagnóstico de episodios depresivos de cualquiera de los tres niveles de gravedad (leve, moderado y grave) habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son *excepcionalmente graves* o de comienzo brusco (CIE 10).

En los niños, el diagnóstico del síndrome depresivo es más difícil puesto que el niño presenta mayor dificultad que el adulto para verbalizar sus sentimientos (López (1979), y como consecuencia tienen también dificultad para describir su sintomatología. En general el menor depresivo no habla espontáneamente de sus síntomas, es preciso interrogarlo cuidadosamente y a la familia. En los casos más típicos muestra un semblante triste o inexpresivo, solloza por motivos banales y habla con una voz monótona (Calderón, 1985).

Es importante marcar que los servicios médicos que están en contacto con los niños son los más ideales para la detección de esta problemática. Una entrevista con toda la familia (poniendo atención a adicciones, sociopatías, psicosis afectivas) podría ser muy útil en este aspecto ya que se han relacionado los profundos trastornos de esta con la depresión infantil (Calderón, 1985).

Para el tratamiento de las depresiones infantiles, se debe enfocar hacia el marco familiar, y es más efectivo cuando más temprano se realiza el diagnóstico. Asimismo es aconsejable la orientación de los padres, con el objetivo de que aumente la comprensión del niño y disminuya su rechazo. Así mismo la terapia de juego permite que el terapeuta brinde oportunidades de éxito a los pequeños, lo cual mejora la autoestima de estos, refuerza la personalidad o incrementa la confianza en el adulto permitiendo una mejor expresión de sus sentimientos y un nuevo modelo de identificación (Calderón, 1985).

Para medir los niveles de depresión en las menores se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (IDI) de la Dra. Kovacs (1990), el cual fue traducido y adaptado para ser aplicado a población mexicana por Varela, y Villegas (1997), de este estudio piloto se reporta lo siguiente: todos los reactivos que componen el instrumento discriminaron satisfactoriamente, la confiabilidad obtenida para las áreas que componen el instrumento fluctuó entre .79 y .81; la validez de constructo para el instrumento arrojó el mismo número de factores ó áreas que evalúa el IDI.

El IDI se desarrolla en respuesta a la necesidad de evaluar síntomas depresivos en menores. Es una prueba autónoma de 27 elementos, aplicable a menores en edad escolar y adolescentes, la administración puede ser individual o en grupo. A mayor

puntuación mayor severidad de síntomas. El instrumento cuantifica un intervalo de síntomas depresivos incluyendo carácter perturbado, capacidad hedónica, funciones vegetativas, autoevaluación y comportamientos interpersonales. Humor negativo, problemas interpersonales, ineffectividad, anhedonia, autoestima negativa. Cada elemento del IDI consta de tres opciones 0,1 y 2 que significan en el mismo orden, ausencia del síntoma, síntoma ligero, síntoma definitivo.

Varela y Villegas (1997) realizaron un estudio para la estandarización del IDI con niños mexicanos, el cual aún no ha sido publicado. De dicho estudio encontraron que todos los reactivos que componen el instrumento discriminaron satisfactoriamente. La confiabilidad obtenida para las áreas que compone el instrumento fue satisfactoria. La validez de constructo para el instrumento se realizó a través del Análisis Factorial con Rotación Varimax y componentes principales y arrojó el mismo número de factores o áreas que evalúa el IDI.

Los resultados del IDI se deben integrar con información proveniente de fuentes adicionales, intervención clínica, observaciones directas de su comportamiento, etc., es importante la integración más que cualquier fuente por separado tomando en cuenta la perspectiva cultural apropiada (Varela y Villegas, 1997).

AUTOESTIMA

La aceptación incondicional de uno mismo es uno de los rasgos más valiosos del ser humano pero que generalmente no tiene en cuenta, esta aceptación significa que uno se acepta a sí mismo plenamente, su existencia, su condición de ser animado, sin requerimientos o limitaciones de ninguna especie. Sin embargo lo que frecuentemente se cree que es "amor propio" es que es una forma de aceptación totalmente condicional que depende de los logros o fracasos de una persona. El individuo logra "autoconfianza" *no mediante la realización* de algo o teniendo éxito en el amor sino por pura elección. Se acepta a sí mismo solo decidiendolo, no necesita razón especial alguna para hacerlo (Ellis, 1980)

Definiciones. Para abordar el tema de la autoestima iniciaremos con las siguientes definiciones y puntos de vista teóricos en cuanto a este constructo: Para Maslow (1951) la autoestima es una necesidad, para Coopersmith (1964) una actitud y una condición necesaria para el logro. While (1964) la considera como una consecuencia del nivel de competencia, (Verduzco, Lara Cantú, 1989). Por su parte, Surgir, 1991 (citado en Martínez 1995) menciona que la autoestima es la forma en que una persona se siente con respecto a sí misma.

Coopersmith define a la autoestima como la evaluación que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso. Es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos (Verduzco, 1994)

La autoestima implica sentirse libre, tomar riesgos, experimentar seguridad y autoconfianza, comprender a los demás y tener relaciones satisfactorias (Kubli, 1993). La autoestima nace del autoconcepto, el cual se forma a partir de los comentarios (comunicación verbal) y actitudes (comunicación no verbal) de los demás hacia uno (Martínez, 1995). Así la autoestima es considerada como un concepto interno, una habilidad que puede ser aprendida.

La autoestima consiste en la confianza del individuo en su capacidad de pensar y afrontar los desafíos de la vida, confianza en su derecho a ser feliz, sentimiento de ser digno, de merecer y de gozar de los frutos de sus esfuerzos. En una definición más formal la autoestima es la predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de la felicidad. (Branden, 1993)

El término autoestima ha sido definido por varios autores, existiendo diferencias entre una definición y otra, sin embargo, en lo que todos están de acuerdo es que es algo con lo que nacen todos los individuos, que la necesitan para poder sobrevivir y que al ir creciendo se va deteriorando debido al ambiente en el que se desarrolla (Jiménez, 1998)

Entre los diferentes *enfoques* que han estudiado a la autoestima encontramos los siguientes

El enfoque psicoanalítico Considera que la autoestima se origina del self, el cual es la estructura intrapsíquica que lo compone como parte fundamental, el Self (o sí mismo) presenta una doble intervención cuerpo y pensamiento y es igual a la suma de todo lo que el individuo considera como suyo. Está formado por tres partes: el self social, se refiere a las opiniones que los demás tienen del sujeto y a las relaciones interpersonales, el self material o cuerpo, se refiere básicamente a la imagen corporal y el self espiritual que se conforma por las creencias, valores y religión de la persona. Este constructo considera a la autoestima como una de las principales interpretaciones de la personalidad del individuo, con una función importante en la integración de esta, motivación del comportamiento y desarrollo de la salud mental. Es el que determina al individuo quien es y que tanto se acepta y/o se estima a sí mismo (Jiménez, 1998).

El enfoque Gestal, palabra alemana que significa "la totalidad", la entidad formada por el orden particular de sus diversas partes. Considera que la autoestima depende en gran parte de todo lo que el individuo es o se hace, basado en todo tipo de experiencias físicas, sociales, culturales, éticas, religiosas de cómo el sujeto asimila la información que percibe y como la organiza tanto dentro como fuera de su "campo del espacio vital" (Jiménez, 1998).

De acuerdo a este enfoque se considera que hay dos aspectos que intervienen en la formación y mantenimiento de una autoestima saludable, a) el darse cuenta de sí mismo (distinguir entre necesidades y deseos b) el ser responsable de sí mismo (reconocer que se tiene derecho a elegir lo que se hace) Para la información de la autoestima es importante la autopercepción del cuerpo (Jiménez, 1998)

El enfoque Cognitivo. se basa principalmente en los procesos internos que el ser humano utiliza para conocer el entorno y para expresarse por medio del lenguaje verbal. La autoestima es un fenómeno que se origina principalmente de los pensamientos que son influidos por factores externos, estos son todos los estímulos que se perciben del medio ambiente. Por lo tanto para interpretar la conducta se debe conocer como piensa y como estructura, el sujeto, su marco de referencias, como lo organiza e interpreta (Jiménez 1998).

Enfoque Conductual, este enfoque analiza la conducta de los seres vivos, que es producto de estímulos externos e internos que provocan un aprendizaje y patrones de comportamiento que al ser condicionados, ya sea por castigo o por reforzamiento, permanecen como parte fundamental en la vida del individuo. Todas estas conductas están influenciadas por los patrones de crianza y educación que rigen a ciertas sociedades, si alguien está educado con solo recompensas y sobreprotección no aprenderá a discriminar lo apropiado de lo inapropiado, de esta forma al estar fuera de su ambiente se sentirá con una serie de obstáculos que por no estar preparado para afrontarlos se dañará considerablemente su autoestima, por lo tanto el que la autoestima aumente o disminuya, depende en gran parte de cómo se desarrolla el sujeto en la sociedad en la que vive (Jiménez, 1998)

Como se percibe en cierto grupo de gente, lo que estos opinan de él y su manera de comportarse en sociedad, determinan su seguridad y confianza. Asimismo el lenguaje corporal es un indicador del grado de autoestima con que cuenta la persona (Jiménez, 1998)

Bandura (1968, citado por Jiménez, 1998) dice que la autoestima se puede medir a través de patrones de castigo y autorrefuerzo que el individuo utilice para sí mismo. A medida que se le refuerza se puede observar la estima que se tiene a sí mismo.

El enfoque Cognitivo-conductual, combina las dos corrientes, la cognitiva y la conductual. Seligman (1975), dice que el individuo aprende a sentirse desvalido, por que tiene la creencia de que no puede hacer nada para salir de este estado, que haga lo que haga de cualquier manera las cosas resultarían negativas. Desde esta aproximación el estudio de la autoestima, trata de establecer la relación existente entre conducta pensamiento emociones y la condición biológica del sujeto (Jiménez, 1998)

La Terapia Racional Emotiva (TRE) es una forma de psicoterapia basada en el enfoque cognitivo-conductual la cual es relativamente sencilla, fácil de entender y bastante factible, muchos individuos determinados trabajan duramente en ella y la mayoría se ayudan a sí mismos en forma significativa. La TRE es una técnica que emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante. Adaptado principalmente para trabajar sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración, consta de varios puntos

- A) Las personas tienen una experiencia (o un agente o una acción) activamente acerca de la cual se encuentran trastornados
- B) (Sistema de creencias) todos los pensamientos, filosofías o ideas conscientes e inconscientes que la persona hace de sí misma.
- C) Son las consecuencias o reacciones emocionales

En cuanto a la forma en que el terapeuta ayuda a la persona es a través de los siguientes puntos.

- D) Demostrar al paciente en forma precisa como discutir sus propias creencias irracionales para posteriormente inducirlos a abandonar tales creencias, reemplazándolas con hipótesis científicamente más comprobables.
 - E) Es el efecto nuevo que surge de discutir las creencias irracionales.
- (Ellis, 1980)

Por lo tanto el objetivo principal de la TRE es conseguir que la persona se de cuenta de las creencias negativas que tiene sobre si misma y sobre los demás, y las consecuencias emocionales y conductuales que provocan estas hipótesis. Una vez que la persona se da cuenta de que sus pensamientos autodestructivos no son objetivos ni comprobables deberá tratar de cambiarlos por hipótesis científicamente comprobables y basadas en hechos más concretos (Ellis, 1980)

Desarrollo de la autoestima La autoestima es básica para el desarrollo normal y sano del ser humano, el no tener una autoestima positiva impide el crecimiento psicológico disminuyendo por consecuencia la resistencia frente a las adversidades (Branden, 1993)

Los aspectos importantes para el buen desarrollo de la autoestima, están estrechamente ligados a la familia y al medio ambiente, incluyendo antecedentes económicos y sociales. Surgir, 1991 (citado en Martínez, 1995) Cuando los niños sienten que les ponen atención, que los toman en cuenta seriamente y que se preocupan por ellos, su autoestima es alta. Con amor y apoyo, cualquier persona puede sentirse valorada y especial (Rodríguez, 1988 citado en Martínez, 1995) De aquí que toda persona, tiene una opinión sobre sí misma, esta opinión constituye el autoconcepto o ideas referentes al valor personal (Martínez 1995).

El desarrollo de la autoestima según Coopersmith, está estrechamente ligado a cómo el niño es tratado en su núcleo familiar y no a aspectos como la inteligencia, el nivel socioeconómico etc. (Verdúzco y Lara Cantú, 1989) Esto es de gran trascendencia cuando estudiamos a niñas con antecedentes de maltrato puesto que éste va a determinar de manera importante el desarrollo de su autoestima

Coopersmith, asegura que la etapa clave para el desarrollo de la autoestima está en la infancia, en el seno familiar. En esta etapa los niños comienzan a adquirir conceptos como, si son tontos o listos, buenos o malos, si son capaces o no, etc., forman imágenes de sí mismos, lo que les gusta de su persona o lo que no les gusta, todo esto basado en la manera en que son tratados por los otros que son significativos para ellos (Coopersmith, 1967, citado en Verdúzco y Lara Cantú, 1989).

Los estudios en niños pequeños, muestran que el estilo de crianza de los padres durante los 3 o 4 primeros años determinan la cantidad de autoestima inicial del niño, asimismo vemos que la autoestima y sus circunstancias están relacionadas solo indirectamente ya que algunas circunstancias podrán ser cambiadas y otras permanecerán (Mckay y Fanning, 1991).

Cooper, (1983) señala que del tipo de familia y sus relaciones esperadas dependerá el desarrollo de la autoestima de los hijos. Estableciendo los siguientes tipos de familias y su relación según la percepción de los menores.

- 1 Familias con gran vínculo de cohesión entre los padres, donde los hijos las perciben y se perciben dentro de ellas y muy próximos, tanto a los padres como a los hermanos
- 2 Una familia con uno de los padres muy unido, donde los niños también perciben a este único padre de la familia como muy próximo y unido
- 3 El modelo de familia con miembros aislados, donde los hijos se perciben como aislados o solos en la familia
- 4 La familia dividida, donde los hijos perciben división entre sus padres y pueden aproximarse o vincularse simpatizando bien con el padre o bien con la madre
- 5 La familia de coalición, donde los hijos perciben algún tipo de división familiar, separándose por una parte el grupo cohesivo de los padres y por otra el de los hijos

En los dos primeros modelos el hijo percibe unidad y proximidad dentro de la familia experimentando aceptación y apoyo de los otros significativos. Este ambiente se espera que esté asociado con una alta autoestima y adaptación familiar.

En el tercer tipo de familia el niño se percibe aislado de todos los miembros de la familia, experimenta rechazo y de esta manera se espera que afecte también a su autoestima y adaptación familiar de manera negativa.

En las dos últimas tipologías familiares, el niño que está próximo a algunos miembros pero no a otros, tendrá niveles intermedios de autoestima y adaptación familiar.

Los principales factores que Coopersmith encontró como determinantes entre las familias con menores que habían desarrollado una alta autoestima fueron. 1) Aceptación del niño con sus cualidades y defectos 2) respeto hacia el menor y sus intereses 3) límites muy claros y consistentes en la familia, 4) darle apoyo en sus decisiones para que llegue a conseguir sus metas. De tal manera que en la autoestima de una persona lo primero y más importante es la cantidad de respeto, aceptación y trato que ésta recibe de los otros significativos en su vida. Y con las experiencias que van viviendo los niños forman imágenes de sí mismos, basadas en la forma en que son tratados por personas allegadas que le son significativas, como los padres, maestros y compañeros (Coopersmith, 1967 cit , en Verduzco y Lara Cantú, 1989).

Reasoner (1982) estudioso de la autoestima en los niños, considera que la autoestima positiva es importante en los primeros años de la vida del niño ya que son los que van determinar su actuación y su aprendizaje. Los niños que tienen una alta autoestima están deseosos de aprender, se llevan bien con los demás, están muy motivados y llegan a ser personas de éxito. En cambio a los que les falta autoestima se les dificulta aprender , se sienten inadecuados, compensan estos sentimientos criticando los logros de los demás, se vuelven sensibles, se preocupan de lo que piensen los demás de ellos y están desmotivados. Cuando se presenta algún problema, culpan a sus compañeros y siempre encuentran excusa para ellos mismos, piensan que van a fracasar en lo que hagan así que rara vez ponen el esfuerzo que se requiere para triunfar, como consecuencia fracasan continuamente llegando a creer realmente que no pueden. Como resultado su nivel de autoestima y su motivación disminuyen aún más. Las investigaciones indican que los niños a los que les falta autoestima con frecuencia tienen problemas escolares, se convierten en fracasados, delincuentes y drogadictos (Verduzco et al. 1989)

La actitud parental, en el desarrollo de la autoestima del niño, es de gran importancia, los juicios de los padres resultan determinantes para el menor y la autoestima dependerá del amor que reciba (Rogers, 1972 citado en Vinocur, 1995).

Asimismo tenemos que el rendimiento escolar es uno de los indicadores más sobre valorados por los padres a la hora de juzgar el comportamiento de sus respectivos

hijos Un descenso en ese rendimiento generará consecuencias de muy variada naturaleza y todas ellas importantes. El niño que repite curso, el que fracasa en la escuela se sentirá responsable de las disputas familiares de sus padres, percibiéndose a sí mismo como el culpable de todo lo negativo que en casa sucede, descenderá su autoestima; formará un autoconcepto negativo; disminuirá su nivel de aspiraciones; renunciará a relacionarse con chicos que obtienen mejores calificaciones que él, inhibirá su comportamiento social y perderá su natural espontaneidad al atribuirse una autoeficiencia muy debilitada" (Poilano-Lorente, 1988)

En cuanto al **origen de una baja autoestima**, encontramos que en la mayoría de los casos los padres crean importantes obstáculos para el crecimiento de la autoestima de su hijo cuando (Branden, 1993)

- Transmiten que el niño no es "suficiente"
- Lo castigan por aceptar sentimientos "inaceptables"
- Lo ridiculizan o humillan
- Transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tienen valor o importancia
- Intentan controlarlo mediante la vergüenza o la culpa
- Lo sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza en sí mismo.
- Educan al niño sin ninguna norma o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas
- Niegan la percepción de su realidad alentándolo a dudar de su mente
- Tratan hechos evidentes como irreales, alterando el sentido de racionalidad del niño
- Aterrorizan al niño con violencia física o con amenazas inculcando temor permanente.
- Tratan a un niño como objeto sexual
- Le enseñan que es malvado, indigno o pecador por naturaleza

Otros factores especiales que inciden negativamente en la autoestima, según McKay y Fanning, (1991), pueden ser: las reglas y deberes inflexibles que se manejan en la familia, el perfeccionismo, una extrema vulnerabilidad a la crítica y la falta de afirmación de sí mismo.

Hay dos tipos de problemas de autoestima: situacional y caracterológica. La situacional se presenta solo en áreas concretas, mientras que la caracterológica tuvo habitualmente su raíz en las experiencias tempranas de abuso o abandono. La sensación de maldad es en estos casos más global y tiende a afectar a muchas personas. La baja autoestima situacional es un problema idealmente adecuado para las técnicas de reestructuración cognitiva. Su núcleo consiste en confrontar las distorsiones cognitivas, subrayar los dotes por encima de las debilidades y desarrollar habilidades específicas para el manejo de los errores y las críticas. La caracterológica deriva de una formulación básica de la identidad, una sensación de estar mal, el cambio de los pensamientos del cliente no basta. La identificación y control incipiente de la voz interior crítica será de utilidad. Pero no diluye por completo los sentimientos de maldad. Su principal énfasis terapéutico ha de estar en la identidad negativa que da lugar a los pensamientos negativos. Hay que enfocar hacia el desarrollo de la autocompasión y hacia el desarrollo de una actitud no valorativa. Esta posición puede reforzarse mediante visualización y técnicas hipnóticas (McKay y Fanning, 1991).

Las características que presentan las personas con alta autoestima son unas vidas más activas, sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno y externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia (Rosenberg, 1962 y Lundgren, 1978 citados en Lara Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortes, 1993).

En cambio las personas con baja autoestima suelen experimentar sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad para amar y pasividad, son sensibles a la crítica y mayormente a la autocrítica, que es una voz negativa interior que todas las personas tienen, pero que aunada a la baja autoestima, se vuelve inquisidora. La autocrítica exige niveles de perfeccionismo, compara a las personas encontrando siempre una desventaja a la propia persona, contabiliza los fracasos y olvida los éxitos y logros, esta misma voz impone reglas de cómo se debe vivir y exige ser el mejor. Sin embargo, la autocrítica minimiza la valía personal de una manera tan sutil que sus razones parecen justificadas (Morales, 1998).

Esta autocrítica surge en los primeros años de vida cuando los padres enseñan a los hijos las conductas aceptables, así como las dañinas o peligrosas. Actitudes desproporcionadas de crítica o castigo físico dejan cicatrices en la autoestima de los menores y pueden ser punto de partida para la autocrítica ya que esta se nutre del sentimiento de no estar bien. La voz de la autocrítica es la voz interiorizada de los padres sensuradores, castigadores y prohibitivos que se grava en la mente y que ahora se repite entrelazada con el flujo normal del pensamiento dando mensajes negativos que dañan la autoestima (Morales, 1998).

La autocrítica no distingue entre la conducta y la identidad de la persona, el menor que es juzgado como malo recibe el mensaje de que no solo su conducta es mala sino él como persona es mala, así el niño no aprende la diferencia entre lo que hace y lo que es (Morales, 1998). Esto se debe principalmente a que cuando los padres corrigen a los menores no separan la conducta de la persona así las correcciones que no se expresaron correctamente dejaron el mensaje de que es malo por lo que los valores insanos exigen el ser perfecto ya que de lo contrario la crítica atacará. El menor crecerá con el temor de cometer errores y de no tomar riesgos ya que se prevee el fracaso, la crítica no permite errores evitando el riesgo y la depresión (Jiménez, 1998).

La crítica tiene la función de "salvar" aparentemente a la persona culpando a los demás de los fracasos y limitaciones utiliza un lenguaje muy especial ya que emplea palabras como detonadores para que se recuerden las críticas anteriores y se desencadenen los sentimientos de desvalía (Morales, 1998). Una de las herramientas que utiliza la crítica son los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas, estas creencias son malos hábitos de pensar que se utilizan para ver las cosas de manera irreal por lo que generalmente causan problemas a la persona (Mckay y Fanning, 1991).

Otra arma de la crítica patológica son las creencias y valores de la persona para atacarle y los deberes que constituyen la base ideológica de la crítica para destruir la autoestima. Los deberes y creencias se forman en base a las necesidades de la persona por lo que no necesariamente tiene que ver con la realidad, sin embargo se toman como la verdad absoluta y se actúa en función de ellos aún cuando le causen constantes

problemas a la persona ya que si ésta no cumple con estos deberes se verá atacada por los sentimientos de culpa y autoacusación (Mckay y Fanning, 1991)

Es importante marcar que esta voz interior se grava después de ser repetida una gran cantidad de veces por lo que para erradicarla, el primer paso a dar es identificarla para en un principio aprender a controlarla y más tarde eliminarla por completo (Morales, 1998 y Jiménez, 1998).

Dentro de los problemas de las personas con baja autoestima está el que no se conocen así mismos, tienen una imagen deteriorada de su persona que es causa de tener conceptos equivocados y piensan más en los defectos que en las cualidades.

Por tal motivo, el conocer las causas que afectan la autoestima, el aprender a reconocer y desarrollar técnicas para su eliminación, ayudarán a enfrentar la realidad de forma objetiva y autocompasiva, utilizando un lenguaje más exacto (Jiménez, 1998).

Es importante que la persona identifique sus valores insanos y los cambie por otros más sanos estos son los que se poseen, no los que se interiorizan, son realistas, es decir que no dañan a la persona (Mckay y Fanning, 1991).

La autoestima no tiene que ver con el cometer errores ya que esto es propio de aprender cosas nuevas. Después del aprendizaje por ensayo y error se produce la experiencia y el conocimiento, el pensar que los errores están en función del crecimiento permitirá arriesgarse más para aprender y aumentar la seguridad (Jiménez, 1998)

Es necesario, para aumentar la autoestima, aprender a reconocerse y eliminar a la voz crítica, destacando más las cualidades y valores. Es importante reconocer que todo el mundo tiene defectos y no por ello son mejores o peores. El cambio de los patrones de conducta y el reconocer que es el único momento de disfrutar lo que se tiene fomenta el aumento a la autoestima (Jiménez, 1998)

Las **investigaciones en la infancia** que han llevado a cabo diversos autores, concluyen que la autoestima es un componente básico en los programas para motivar el

aprendizaje ya que los elementos que incrementan tanto el compromiso como el éxito en las tareas, son los sentimientos positivos hacia uno mismo. Autores como, Bledsoe (1984) Brookover, Thomas y Patterson (1984) y Bodwin(1984), muestran que los niños con alta autoestima tienen mejores resultados en el trabajo escolar que los niños con un nivel más bajo de autoestima. Otros estudios como el de Quimby (1984) y el de Shaw y Alves(1984) muestran que los estudiantes que no están seguros de sí mismos o que esperan fracasar, se inclinan a no intentar un mayor esfuerzo y a darse por vencidos (Verduzco y Lara Cantú, 1989)

Así se han desarrollado diferentes métodos para la medición de la autoestima, desde pruebas grafoproyectivas, técnicas proyectivas, pruebas de personalidad, tests psicométricos, hasta registros observacionales y autoregistros. En este estudio se optó por utilizar el Inventario de Autoestima de Coopersmith para Niños Mexicanos ya que éste instrumento fue validado por Verduzco y Colaboradores en 1989, con niños mexicanos obteniendo una validez y confiabilidad aceptables. En la evaluación de la confiabilidad del instrumento se observó un valor de 0.77.

Asertividad, es una palabra que proviene del latín *asserere*, *assertam* que significa afirmar. Aguilar (1995) y Rodríguez (1991), en una revisión literaria citan a diferentes autores que definen este término. Salter (1949) menciona que es un rasgo de personalidad, Wolpe (1958) que es una conducta para la defensa de nuestros derechos, Lazarus (1973) la define en cuatro patrones: la habilidad para decir no, habilidad para pedir favores y hacer demandas, la habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos, y la habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones generales, Rich y Schroeder (1976) la define como la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal, a través de la expresión de sentimientos y deseos, Jakubowski y Lange (1978) como la forma de hacer valer nuestros derechos expresando en forma directa lo que uno cree, siente y quiere, respetando los derechos de la otra persona; Del Greco (1983) dice que es la expresión directa de las necesidades, deseos, opiniones y sentimientos, rehusar peticiones y no violar los derechos de otros; Smith (1983) se refiere a ésta como los derechos de los individuos asertivos, por ejemplo: no dar excusas o razones para justificar su conducta, cambiar de opinión, cometer errores y ser responsables, decir no se, diferir de las

opiniones de los demás, decir "no entendí", decir "para mí eso no es" y decir "no" sin sentirse culpable

En cuanto a los diferentes enfoques y como conceptualizan la asertividad, encontramos al *enfoque humanista*, que describe a la asertividad como una técnica para el desarrollo de la realización del ser humano. *El enfoque conductual*, el cual toma a la asertividad como una conducta que se aprende a través de la observación. *El enfoque cognoscitivo*, maneja que la asertividad se aprende a través de un entrenamiento para diferenciar entre asertividad y agresividad, identificar y aceptar los propios derechos y los de los demás, reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos (Aguilar, 1995 y Rodríguez, 1991)

El aprendizaje asertivo parte de la premisa de que probablemente se han aprendido formas de conducta insatisfactorias que han conformado una respuesta resignada en exceso, inhibida y temerosa del rechazo de defender sus derechos. Por otro lado, el mantener y aprender una conducta asertiva está basado en la cultura y normas de la religión en las que el niño se desenvuelve y el rol de juego en la sociedad. La falta de conducta asertiva se ha relacionado con una autoestima baja, locus de control externo y depresión por que la falta de asertividad contribuye al poco contacto social positivo (Aguilar, 1995 y Rodríguez, 1991)

Los tres estilos básicos en la conducta interpersonal son el estilo agresivo, el estilo pasivo y el estilo asertivo, éste último es el ideal ya que la persona es capaz de defender sus intereses, expresar libremente lo que siente y no permite que se aprovechen de él (Aguilar, 1995)

Rodríguez (1991) menciona que las características de la persona con una buena asertividad son las siguientes:

- 1 Se siente libre para manifestarse
- 2 Puede comunicarse con toda persona
- 3 Tiene orientación activa en la vida
- 4 Actúa de modo que juzga respetable

- 5 Acepta o rechaza en su mundo emocional a las personas
- 6 Se manifiesta emocionalmente libre para expresar sus sentimientos
- 7 Las personas asertivas canalizan su agresividad al deporte o a la relajación.

La conducta inadecuada en un área de la organización tiene repercusiones en otras, lo cual deriva en ansiedades, tensiones o depresiones adicionales y redundando en vivencias de desconfianza en otras situaciones. A mayor asertividad se da un mejor rendimiento en el ambiente escolar, se da una mejor competencia social, creatividad y desarrollo cognitivo (Rodríguez, 1991).

Las causas de la conducta no asertiva son: la falta de control emocional, predominio del temor y la ansiedad, los mensajes sociales como "no seas egoísta" y el ignorar los derechos de la persona (Aguilar, 1987 cit por Jiménez, 1998)

La no asertividad se maneja por medio de una autoestima pobre y baja, con autodevaluación, tristeza y depresión así como sentimiento de culpa. Las personas agresivas no asertivas suelen destruir objetos, golpear u ofender a otras personas, levantar falsos y sobreproteger a los demás.

Las causas de la conducta agresiva son

- La falta de control emocional, predominio de la inseguridad e irritación que se presenta como defensa o ataque a los demás.
 - No reconocer los derechos de los demás o los propios.
 - Error en la forma de expresar sus ideas o sentimientos.
 - Intolerancia a la frustración
- (Jiménez, 1998).

Así mismo es importante que las expresiones siempre se den con ademanes, de esta manera se puede expresar enojo, invitar al niño a que coopere, a mostrar sus sentimientos tales como ira, comprensión, bondad, dulzura, ternura, etc.

Por otro lado son importantes las relaciones sociales ya que se tienen compañeros, amigos, familia y se da la oportunidad de que el niño asimile papeles y aprenda las normas sociales (Aguilar, 1995).

El entrenamiento asertivo consiste en adquirir habilidades para que la persona sea capaz de dar y recibir cumplidos fácilmente, iniciar, mantener y finalizar conversaciones, expresar sentimiento y evitar que otros tomen ventaja sobre ellos (Aguilar, 1995)

Los modelos utilizados para el entrenamiento asertivo en niños son dos: el primer modelo señala que los niños no cuentan con las habilidades requeridas para interactuar bien con los demás, así el objetivo es crear las habilidades necesarias para superar la conducta social problema. El segundo modelo considera que los niños poseen las habilidades necesarias pero al experimentar un proceso emocional o cognitivo opuesto interfiere en la expresión de sus capacidades evitando interactuar con los demás por su ansiedad, de esta manera el objetivo es que el niño supere su ansiedad interpersonal (Aguilar, 1995)

En el presente estudio el instrumento que se utilizó para medir la conducta asertiva fue la Escala de Conducta Asertiva en Niños de Michelson y Wood, instrumento que fue estandarizado para la niñez mexicana (Aguilar, 1995); encontrándose que, en general los resultados de la estandarización de la prueba muestran que presenta una confiabilidad aceptable en población de niños mexicanos.

CAPITULO II

MÉTODO

CAPITULO II MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que la autoestima es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo, una experiencia que se comunica a través de reportes verbales y otros comportamientos, que ésta se va conformando de acuerdo al trato que el niño recibe en el núcleo familiar, las personas que han sufrido de algún abuso sufren de un deterioro sustancial en su autoestima

¿Cuál es el efecto del entrenamiento cuyo objetivo es mejorar la autoestima, promoviendo como consecuencia una adecuada asertividad, en las conductas de depresión y agresión en grupos de menores víctimas de maltrato?

JUSTIFICACION

El maltrato en general a menores deja secuelas, coarta las acciones, mutila las habilidades de defenderse, de pedir e incluso exigir derechos tanto propios como de los demás, a corto y largo plazo. En la presente investigación se maneja, a través de un entrenamiento de autoestima y asertividad en un grupo de menores, que han sufrido de maltrato, las conductas de agresividad y depresión a fin de disminuirlas y de esta manera ver como puede repercutir, el que las menores cuenten con una mejor autoestima y asertividad en las conductas antes mencionadas, las cuales están influyendo negativamente en su desarrollo personal así como en sus relaciones interpersonales.

Al realizar prácticas profesionales en el Internado "Las Nieves", era notorio que las menores que están internadas presentaban muchos problemas de rebeldía, agresión entre ellas y hacia la autoridad, representada por las personas que estaban encargadas de su cuidado, de igual forma algunas menores observaban conductas depresivas y/o de aislamiento, así mismo al describirse mostraban una baja autoestima y pobre asertividad.

tendiendo generalmente a presentar conductas agresivas. De aquí surgió el interés de trabajar con estas menores realizando una intervención para mejorar su conducta.

OBJETIVO

El propósito de esta investigación fue detectar los cambios en las conductas de agresión y depresión, después de un entrenamiento en autoestima, basado en el "Programa Cognitivo Conductual para Mejorar la Autoestima en Adolescentes y Adultos" el cual fue adaptado para la población de este estudio.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hi El entrenamiento en autoestima, disminuye la conducta de agresión y depresión en las menores maltratadas.

Ho El entrenamiento en autoestima, no disminuye la conducta de agresión y depresión en las menores maltratadas.

VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES:

(VARIABLES INDEPENDIENTES)

AUTOESTIMA es aquella evaluación más ó menos estable que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso. Es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos (Coopersmith, 1967 citado en Verduzco y Lara-Cantú, 1988)

ASERTIVIDAD .ha sido definida como la conducta adecuada, dirigida hacia otras personas, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1958 citado en Aguilar, 1995)

(VARIABLES DEPENDIENTES)

DEPRESIÓN : la depresión es un síndrome basado en una amplificación del estado de tristeza y desinterés, que afecta física y mentalmente a la persona, no es un estado de ánimo triste y pasajero, los síntomas pueden durar meses ó años, empezando, en ocasiones, en la infancia y evolución hacia la adolescencia y a la adultez. En la mayoría de los casos aparece en relación a una situación o acontecimiento doloroso (Dio Bleichmar, 1995, Polaino-Lorente, 1988, Widlöcher, 1986)

AGRESIÓN. entendemos por agresión a cualquier forma de conducta que pretenda hacer física ó psicológicamente a alguien (Berkowitz, 1993 citado en Serrano, 1996)

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

ASERTIVIDAD: Puntaje obtenido por las menores en la Escala de Conducta Asertiva para niños de Michelson y Wood (Aguilar, 1995) Las preguntas se enfocan en como responde la persona ante situaciones que se le presentan cotidianamente

AUTOESTIMA. Puntaje obtenido por las menores en el Inventario De Autoestima de Coopersmith versión para niños (Verduzco et al 1989) Este inventario evalúa como se describe la persona en las áreas de self general, escuela, hogar y ambiente social

DEPRESIÓN: Puntaje obtenido en el Inventario De Depresión Infantil (IDI) de la Dra. María Kovacs (Villegas y Varela, 1997). Aquí las preguntas se basan en cómo se ha sentido la persona en las dos últimas semanas.

AGRESIÓN: Se midió por medio de la Escala De Ambiente Familiar (Villatoro et al. 1997) Esta escala evalúa el ambiente familiar, con indicadores específicos de las áreas de comunicación, apoyo cotidiano y hostilidad, en donde los reactivos se basan en

aspectos cotidianos (platicando lo que le pasó durante el día) y los significativos (hablando de sus problemas personales)

SUJETOS

La muestra quedó conformada por 64 menores, de escolaridad primaria cuyas edades oscilaron entre los 6 y 17 años, todas de sexo femenino. Se encontraban semi-internas en los Hogares Colectivos "Las Nieves" y "Los Fresnos", provenían de familias desintegradas y con antecedentes de maltrato (físico, grave descuido, abuso sexual y/o psicológico). Los grupos, control y experimental fueron seleccionados intencionalmente, ya que solo un grupo cumplía con las características que se buscaban para la impartición del programa.

ESCENARIO

El trabajo se llevó a cabo en los hogares colectivos: número 8 "Las Nieves", que se encuentra ubicado en Calle Chica No 12, Col. Toriello Guerra, Tlalpan; los lugares que se ocuparon en esta institución fueron: el departamento de psicología, dos salones de clase y la capilla del lugar, y "Los Fresnos" ubicado en Plaza de la Constitución a un costado de la delegación política de Tlalpan, los lugares ocupados en esta institución fueron la dirección, que contaba con una amplia mesa y sillas, y los escritorios de la oficina continua.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Escala de conducta asertiva para niños de Michelson y Wood, este instrumento fue estandarizado para población mexicana por (Aguilar, 1995), consta de 27 reactivos, con cinco opciones de respuesta en donde, 5 es la respuesta asertiva, 4 la menos pasiva, 3 la más pasiva, 2 la menos agresiva y 1 la más agresiva, los reactivos describen situaciones problema, mide áreas específicas como dar y recibir elogios, quejarse, empatía, petición e iniciar conversaciones. La escala es validada para sujetos mexicanos de entre 8 y 16 años de edad. Para su interpretación se considera que a mayor puntaje, mayor asertividad mientras que a menor puntaje mayor agresividad

Inventario de Autoestima de Coopersmith versión para niños, este instrumento fue estandarizado por Verduzco et al. en 1989 con menores mexicanos, obteniendo una confiabilidad de .77 y una validez aceptable. Este instrumento consta de 50 reactivos directamente relacionados a la autoestima agrupados en cuatro subescalas, self general con 26 reactivos y, escuela, hogar y ambiente social con 8 reactivos cada una, incluye también una escala de deseabilidad social que mide el intento por dar una imagen favorable de sí mismo y consta de 8 reactivos, los reactivos se responden con un sí ó un no. Es aplicable en población de 8 a 15 años sin embargo a las menores que no se encontraban dentro de este rango de edad (6,7, 16 y 17 años) se les supervisó con el fin de corroborar la comprensión de todas las preguntas

Inventario De Depresión Infantil (IDI) de la Dra María kovacs Traducido y adaptado para población mexicana por Varela y Villegas (1997), la confiabilidad obtenida fluctuó entre .79 y .81, es una prueba automática de 27 elementos aplicable a menores en edad escolar y adolescentes La puntuación total puede variar de 0 a 54 puntos y el principal objetivo es la categorización del niño Los enunciados los usan para describir como se sintieron las pasadas dos semanas. Para la interpretación de la escala se toma la siguiente dirección a mayor puntuación mayores síntomas depresivos.

Escala De Ambiente Familiar de Villatoro et al. (1997), la cual se encuentra adaptada para la población de la Ciudad de México y presenta características psicométricas satisfactorias (alfa de 0.95). La escala consta de 42 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert; los reactivos se agrupan en cinco áreas que miden hostilidad y rechazo, comunicación del hijo, apoyo de los padres, comunicación de los padres y apoyo cotidiano del hijo, su aplicación puede ser individual o colectiva. Para la interpretación de la escala se considera lo siguiente: a mayor puntaje mejor relación familiar en el área.

Cuestionario de Percepción de Padres a Hijos, obtenido del Cuestionario Clarake de las relaciones padre e hijo, el cual tiene como objetivo medir la manera en que los sujetos perciben la relación que tienen o tuvieron con sus padres, elaborado en 1976, y adaptado para ser aplicado a los padres de las menores con el fin de obtener la percepción y/o descripción de las conductas que presentan éstas con relación al ámbito familiar. Por lo anterior este es un instrumento que no está validado ni estandarizado, por lo que sólo se tomó como una medida observacional y descriptiva.

DISEÑO EXPERIMENTAL

El diseño de esta investigación fue de preprueba - postprueba, debido al interés de averiguar si el entrenamiento en autoestima aplicado al grupo experimental provocaría cambios en las conductas antes mencionadas y poder comparar las mediciones antes y después del entrenamiento. Se contó con un grupo control y un grupo experimental para comparar a los grupos y así saber si los posibles cambios en las conductas de agresión y depresión de las menores del grupo experimental se dieron por el entrenamiento aplicado para este estudio.

Los grupos fueron designados de manera no probabilística e intencional debido a que se tenía conocimiento de las características de la población del "Hogar Colectivo Las Nieves" así como el interés de trabajar con esta población por lo que se tomó como el grupo experimental y partiendo de los rasgos de este grupo se buscó un grupo que pudiera ser comparado con éste y que compartiera algunas características, encontrando al grupo que forma la población del "Hogar Colectivo Los Fresnos" quienes al igual que las menores del grupo experimental se encontraban semi-internas, cursando el nivel primaria y de nivel socioeconómico bajo.

La Tabla 1 muestra el diseño de trabajo que se utilizó, en el cual se indica como se llevaron a cabo las evaluaciones con los instrumentos de medición y en qué momento se realizó la intervención.

Tabla 1

Diseño del experimento					
Institucion	Grupos	Evaluacion	Evaluación	Intervención	Evaluación
"Fresnos"	Control		B		C
"Nieves"	Experimental	A	B	I	C

Nota Al mismo tiempo que las aplicaciones B y C en las menores se realizó también una evaluación a los padres o personas responsables con el "Cuestionario de Percepción de padres a hijos".

PROCEDIMIENTO

En el siguiente párrafo se resume el procedimiento, no obstante que se desglosará más adelante; inicialmente al grupo experimental se le realizó una primera evaluación (A) después de un mes y medio aproximadamente en el que no se realizó ninguna intervención por parte de las investigadoras, esto con la intención de tener un registro más confiable de que los posibles cambios que se presentaran posterior al entrenamiento en autoestima se debiesen precisamente a éste y no a la intervención de otras personas que impartían pláticas a las menores sobre diversos temas, entre ellos autoestima, se realizó una segunda evaluación (B) a este mismo grupo a la vez que se realizó la primera evaluación al grupo control (B) Posteriormente se llevó a cabo el entrenamiento en autoestima al grupo experimental, para lo cual se dividió en cuatro subgrupos, asignados de acuerdo a su edad Finalmente a ambos grupos se les realizó una última aplicación de instrumentos (C)

El desarrollo del estudio, se realizó en las siguientes fases

PRIMERA FASE

El primer contacto con las menores del grupo experimental, se realizó a través de una entrevista, de la cual se obtuvieron los datos demográficos, así mismo un relato del porqué se encontraban en la institución. Esta entrevista se llevó a cabo en sesiones individuales de aproximadamente una hora, en el departamento de psicología de la institución "Las Nieves". Se dio por concluida esta fase cuando se terminó de entrevistar a todas las menores del grupo experimental

SEGUNDA FASE

A continuación, se hizo una primera aplicación (A) de las escalas que miden autoestima, asertividad, depresión y ambiente familiar, ya descritas anteriormente, al grupo experimental de manera grupal, respetando la división que se manejaba en la institución, la cual constaba de dos departamentos, el de "niñas" (de 6 a 12 años) y el de "adolescentes" (de 13 a 17 años). Cabe mencionar que a las menores con dificultades para leer los cuestionarios se les hizo la aplicación de manera individual o en grupos de máximo tres menores. Esta fase de aplicación se llevó a cabo en dos sesiones, una por día en días consecutivos dentro de un salón de clases del internado

Después de esta evaluación se dejó pasar mes y medio aproximadamente durante en cual no hubo ninguna intervención por parte de las investigadoras que, como ya se mencionó anteriormente, tuvo la finalidad de comprobar que los posibles cambios que se presentasen en las variables a estudiar se debían al entrenamiento en autoestima y no a otros factores.

Por otro lado, aprovechando una de las reuniones mensuales que se realizaban en la institución "Las nieves" con los padres o personas responsables de las menores, se realizó la aplicación del "Cuestionario de Percepción de Padres a Hijos" previa a la intervención con las menores del grupo experimental, la cual se llevó a cabo en la Capilla del lugar, antes de la plática informativa acostumbrada.

Con respecto al grupo control se inició con la evaluación a los padres cuando acudían a recoger (los viernes) o a ingresar (los domingos) a las menores a la institución "Los Fresnos", con la ayuda de la directora o de la trabajadora social, quienes giraban sus instrucciones para que los padres acudieran a dicha evaluación, en la mayoría de los casos se realizaba inmediatamente la evaluación y los restantes eran citados un día en la semana

TERCERA FASE:

Posteriormente se realizó una segunda evaluación del grupo experimental así mismo, se llevó a cabo la primera evaluación al grupo control. Este grupo se hizo con base en las características del grupo experimental con la intención de que posteriormente fueran comparables, para lo que se acudió a diferentes instituciones similares, finalmente se autorizó la realización del estudio en El Hogar "Los Fresnos" donde se encontró una población femenina cuyas edades oscilaban entre los 6 y 13 años y se encontraban cursando el nivel básico. De la misma manera que en el grupo experimental los instrumentos se aplicaron de forma grupal a diferencia de las menores que no sabían leer muy bien aún, a quienes se les hizo la aplicación individual.

CUARTA FASE.

Después de la segunda evaluación (B) al grupo experimental y de la primera (B) al grupo control se procedió a dar el entrenamiento en autoestima al grupo experimental, el cual se basó en el "Programa para mejorar la autoestima en adolescentes y adultos" (Jiménez, 1998), que consta de los siguientes 7 temas

- Origen de la autoestima
- Descubra a la verdadera persona que es usted
- La valía personal
- Cómo iniciar mantener y finalizar conversaciones
- El lenguaje no verbal
- Cómo relacionarse mejor con los demás
- La importancia de la relajación

Este programa tiene como propósito ver una manera adecuada para elevar y mantener la autoestima en un nivel funcional que permita ser lo más feliz posible. Está basado en la Terapia Racional Emotiva para mejorar la autoestima dañada que limita el hacer todas las cosas que se propone la persona. Esto se logra cambiando la forma de interpretar la vida y los pensamientos negativos que tenemos de nosotros mismos cambiarlos por pensamientos positivos y sanos

Finalmente el programa de autoestima quedó adaptado, para ser aplicado en este estudio, con los siguientes temas

- Motivo del curso
- Qué es la autoestima
- Cómo minimizar la voz interior negativa y fortalecer la voz positiva
- Conocete a ti misma objetivamente
- Pensamientos irracionales
- Derechos humanos
- La valía personal
- Como iniciar, mantener y finalizar conversaciones
- El lenguaje no verbal
- Como relacionarse mejor con los demás
- Como relajarse

Para la aplicación del curso se dividió al grupo experimental en cuatro subgrupos considerando la edad de las menores con el fin de adaptar el lenguaje y tener un mejor manejo grupal en las sesiones. Los subgrupos quedaron conformados como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

<u>Grupo experimental para intervención</u>		
Subgrupos	Frecuencia	Edad
Subgrupo 1	7	11-16
Subgrupo 2	9	12-17
Subgrupo 3	7	7-11
Subgrupo 4	7	7-11

Este trabajo se llevó a cabo en un salón de clases del internado el cual, antes de comenzar la sesión, se reorganizaba colocando los mesabancos en forma circular para facilitar la comunicación y la concentración de las integrantes.

Las sesiones tuvieron una duración de dos horas aproximadamente, en las que se contemplaron los diferentes temas de que consta el programa formando un total de nueve sesiones. La Tabla 3 muestran las cartas descriptivas que se siguieron en la intervención

Tabla 3

<u>Cartas descriptivas</u>		
Sesión 1		
Objetivos	Tema	Actividades
Que las menores conozcan las reglas del curso	Reglas del taller	Mención de las reglas a seguir en el curso, puntualidad, asistencia, respeto, confidencialidad ..
Reconocimiento del porqué están en el internado	Motivo de ingreso	Cada menor expuso en forma verbal el porque llevo a la institución

Tabla 3 (continuación)

Sesión 2

Objetivos	Tema	Actividades
Que las menores conozcan la finalidad del curso	Repercusiones de una baja autoestima en el aprovechamiento escolar y las relaciones interpersonales	Las menores mencionaron como ha afectado su baja autoestima en sus relaciones interpersonales, escuela, etc.
Que las menores conozcan el origen y la definición de autoestima	¿qué es autoestima y como de origina una baja autoestima? ¿que tan importante es tener una autoestima equilibrada?	Algunas menores expresaron, con sus palabras, el origen y el significado de la autoestima.

Sesión 3

Objetivos	Tema	Actividades
Que las menores identifiquen la voz interior negativa	La voz interior negativa ¿para que escucharla?	Las menores mencionaron lo que les dice su voz interior y porque la escuchamos.
Que las menores minimicen la voz interior negativa y la sustituyan por una voz interior positiva	Como minimizar la voz negativa	Elaboración de frases para callar a la voz negativa tales como alto, basta, hasta aqui. Y dar a la voz interior palabras alentadoras, como tu puedes

Sesión 4

Objetivos	Tema	Actividades
Que las menores reconozcan como se describen usualmente.	Conozcase mejor a si misma	Autodescripción En una hoja blanca, las participantes, se describieron físicamente (color de ojos, cabello, estatura, complexion . .)
Que las menores se reconozcan a si mismas de manera objetiva	Conozcase a si misma de manera objetiva.	- utilizando cinta métrica y báscula, las menores se midieron y se pesaron. - lista de versión original y actual de su descripción

Tabla 3 (continuación)

Sesión 5		
Objetivos	Tema	Actividades
Que las menores conozcan y mencionen los pensamientos irracionales.	Pensamientos irracionales	Las menores expresaron el tipo de pensamiento que usa su voz crítica.
Que las menores mencionen las formas de combatir los pensamientos irracionales	Como combatir los pensamientos irracionales	Las menores expresaron como combatir a su voz crítica.

Sesión 6		
Objetivos	Tema	Actividades
Que las menores mencionen sus deberes y sus derechos	Deberes y derechos	<ul style="list-style-type: none"> - Se enlistaron en el pizarrón los deberes y <i>derechos de la persona</i> - Se les pidió a las menores que ejercieran algún derecho en las próximas horas después de la sesión
Que las menores conozcan y mencionen las categorías de errores	Aprenda de sus errores y minimícelos	Mencionaron algunas experiencias en donde cometieron errores y que aprendieron de ello

Sesión 7		
Objetivos	Tema	Actividades
Que. Las menores mencionen porque como personas tienen un valor	La valía personal	Sin actividad
Que las menores tengan herramientas para una mejor relación interpersonal	Como iniciar, mantener y finalizar conversaciones	Las menores se presentaron ante una persona desconocida en los siguientes días a la sesión

Tabla 3 (continuación)

Sesión 8		
Objetivos	Tema	Actividades
Que las menores visualicen su comportamiento no verbal y escuchen cuales son las pautas de conducta para su relacion interpersonal	El lenguaje no verbal	Dinámica que consistió en que pase una por una de las menores al frente del grupo y hable durante dos minutos de cualquier tema.
Que las menores expresen sus sentimientos legítimos	Como relacionarse mejor con los demás	No hubo actividad

Sesión 9		
Objetivos	Tema	Actividades
Que las menores verbalicen la importancia de la relajacion	La importancia de la relajacion	Se les pidió a las integrantes del grupo que buscaran una posición cómoda, ya sea acostadas o sentadas y posteriormente se les dieron las instrucciones para la relajación, realizando el ejercicio de tensión relajación

Nota Las sesiones tuvieron una duración aproximada de dos horas

Es importante mencionar que al inicio de cada sesión se llevó a cabo un repaso de la sesión anterior y posteriormente se dió la exposición del tema por parte de las investigadoras adaptando el lenguaje a la edad de las menores (niñas y adolescentes).

QUINTA FASE

Finalmente se llevó acabo la última evaluación a los dos grupos (experimental y control) con los mismos instrumentos y de la misma forma que las aplicaciones anteriores

Al finalizar las aplicaciones, se les repartió a las menores, los resúmenes de las sesiones del curso con la finalidad de que contaran con la información más relevante para seguirla practicando.

Así también se realizó la segunda aplicación del cuestionario para los padres de las menores de ambos grupos

Al contar con los datos de las tres aplicaciones (A, B y C.) de todos los instrumentos, se procedió a la calificación de las escalas y posteriormente a la realización de una base de datos, a la cual se le aplicó el paquete estadístico SPSS, para saber si habían habido cambios tanto en la autoestima de las menores como en las conductas presentadas de agresión y depresión

RESULTADOS

En este apartado se describen, en primera instancia los datos demográficos de la muestra y posteriormente el análisis estadístico de los resultados.

Para el análisis de resultados se utilizó la prueba estadística "t" de Student para evaluar si los dos grupos difieren entre sí de manera significativa con respecto a sus medias. Esta fue utilizada en cada una de las pruebas aplicadas en la investigación. Por otro lado se utilizó la χ^2 para evaluar la relación entre las variables categóricas. El análisis estadístico se llevó a cabo a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

Las escalas utilizadas para este estudio fueron las siguientes para la medición de autoestima se empleó el "Inventario de Coopersmith" el cual explora cuatro áreas: social, de la escuela, self general y del hogar. Para la medición de asertividad se utilizó la "Escala de conducta asertiva para niños" de Michelson y Wood. Para explorar si se presentaba alguna conducta agresiva con respecto al ambiente familiar de los sujetos se aplicó la "Escala de ambiente familiar" de Villatoro et al., la cual se divide en las siguientes subescalas: hostilidad y rechazo, comunicación de los padres, comunicación del hijo, apoyo de los padres, apoyo significativo del hijo y apoyo cotidiano del hijo. Y por último para medir la depresión en las menores se empleó el "Inventario de depresión infantil" de Covacs, el instrumento cuantifica un intervalo de síntomas depresivos incluyendo carácter perturbado, capacidad edónica, funciones vegetativas, autoevaluación y comportamientos interpersonales. Aunado a estas escalas se utilizó un cuestionario de "Percepción de padres a hijos" analizándose los datos de manera descriptiva, puesto que este cuestionario no cuenta con estandarización, solo se tomó como un registro observacional.

De acuerdo a los datos obtenidos, las características demográficas de la muestra fueron las siguientes.

Estuvo constituida por 64 menores de sexo femenino, 34 (53%) formaron el grupo control y 30 (47%) el grupo experimental.

En la Tabla 4 se muestra la distribución de las edades de las menores que conformaron la muestra las cuales oscilaron entre 6 y 17 años, siendo el promedio de 10.4 años

Tabla 4

Distribución de la muestra por edad

Edad	Gpo. Control	Gpo Experimental
6 años	1	0
7 años	5	2
8 años	6	2
9 años	7	2
10 años	7	4
11 años	5	4
12 años	2	3
13 años	1	4
14 años	0	4
15 años	0	2
16 años	0	2
17 años	0	1
Total	34	30

La Tabla 5 muestra la frecuencia del grado escolar de las menores de ambos grupos, en el momento del estudio, considerando que todas se encontraban en el nivel primaria, el promedio obtenido fue de tercer grado

Tabla 5

Grado escolar de la muestra

Grado escolar	Grupo control	Grupo experimental
Primero	9	3
Segundo	7	3

Tabla 5 (continuación)

Tercero	2	5
Cuarto	9	3
Quinto	2	10
Sexto	3	6
Tercero- cuarto ^a	2	0
<i>Total</i>	<i>34</i>	<i>30</i>

^a El sistema 9-14 opera en algunas primarias con el propósito de que los menores que tienen un desfase en la edad con respecto al grado escolar, puedan cursar la primaria en 3 años, divididos en primero-segundo, tercero-cuarto y quinto-sexto

La Tabla 6, muestra la frecuencia del motivo de ingreso de los grupos. Observándose que la principal causa de ingreso del grupo control es el trabajo del(a) o los responsables mientras que para el grupo experimental es el maltrato y la desintegración familiar

Tabla 6

Grupo	<u>Motivo de ingreso</u>						
	Maltrato	Abandono	Desinte. familiar	Orfandad	Trabajo	Enfermedad	Sin datos
Control	4	0	7	0	16	1	2
Experimental	10	1	8	3	6	1	6
Total	14	1	15	3	21	2	8

En la Tabla 7, se muestra la separación por grupos, donde se observa que en ambos grupos son los padres quienes principalmente ingresan a las menores.

Tabla 7

<u>Procedencia de las menores</u>						
Grupo	Padres	Familiares	Tutores	Institucion	Particular	Sin datos
Control	23	4	0	1	0	6
Experimen Tal	12	4	2	9	1	2
Total	35	8	2	10	1	8

Con respecto al lugar que ocupan en la familia las menores de la muestra, se puede observar en la Tabla 8 que la mayoría son de la primera a la tercera gesta

Tabla 8

<u>Lugar que ocupa en la familia</u>	
Gesta	Frecuencia
1	18
2	16
3	12
4	3
5	4
6	1
9	2
S/D	8

En seguida se describen los datos demográficos de los familiares y/o responsables de las menores de este estudio

En la Tabla 9, se observa que hubo una mayor ausencia de padres o responsables que contestaron el cuestionario en el grupo experimental que en el grupo control

Tabla 9

Responsables de las menores que contestaron el cuestionario

Grupo	Contestaron	No contestaron *
Control	28	02
Experimental	10	20

* Esto incluye, desde la no asistencia de los padres o responsables hasta orfandad de las menores

En cuanto a la relación familiar que guardan los responsables con las menores de la muestra, el mayor porcentaje pertenece a la madre (Tabla 10)

Tabla 10

Parentesco con las menores

Parentesco	Frecuencia
Madre	26
Hermano	5
Abuelo	3
Tío	2
Primo	1
S/D	1

La Tabla 11, muestra que el grado escolar de los responsables de las menores de la muestra, en donde el mayor porcentaje fue el nivel secundaria

Tabla 11

<u>Grado escolar de los responsables</u>	
Grado	Frecuencia
S/estudios	1
Primaria	6
Secundaria	21
Bachillerato	2
Carrera Técnica	3
Profesional	1
S/Datos	4

ANALISIS DE RESULTADOS

Respecto al análisis estadístico, con la t de students, se encontraron los siguientes resultados: en el "Cuestionario de Percepción de Padres a Hijos" aplicado a los padres de las menores no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las mediciones. En el pretest-postest del grupo control se obtuvo un valor de t de 1.66, 27 grados de libertad y probabilidad asociada de .108, en el pretest-postest del grupo experimental se obtuvo un valor de t de .43, con 9 grados de libertad y probabilidad asociada de .677. Comparando a los grupos contro y experimental, en el pretest se

obtuvo una t de 94,36 gl y probabilidad asociada de .352, en el posttest resulto una t de 06 con 10.84 gl y probabilidad asociada de .514.

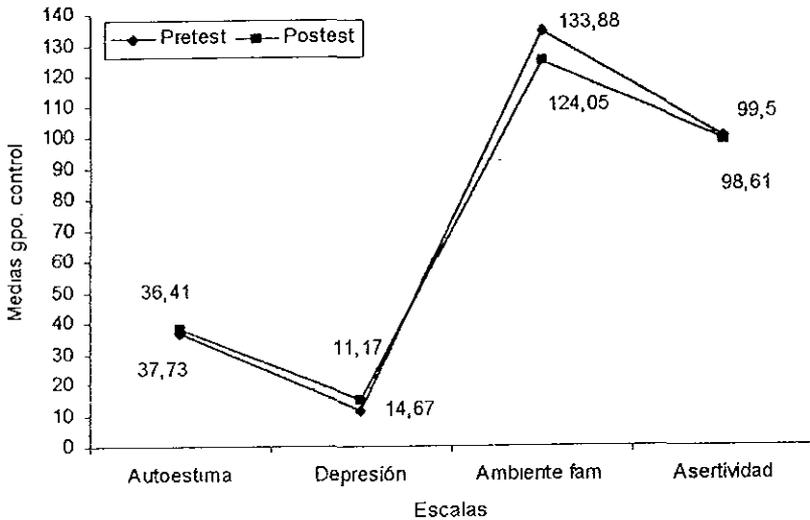


Figura 1. Se muestran los promedios aritméticos del grupo control. Por cada escala, en la parte superior aparece el promedio del pretest y en la parte inferior el promedio del posttest. En el pretest-posttest del grupo control se encontró, en la escala que mide autoestima, un valor de T de -1.13 y probabilidad asociada de .267 por lo que no hay diferencias significativas, en Depresión se obtuvo un valor de T de -2.84 y un valor de probabilidad asociada de .008 mostrando que sí hay diferencias significativas, en Ambiente Familiar el valor de T fue de 3.00 y probabilidad asociada de .005, que muestra que sí hay diferencias significativas, y en asertividad se obtuvo un valor de T de .35 y probabilidad asociada de .728, sin diferencias significativas. Todas ellas con 33 grados de libertad.

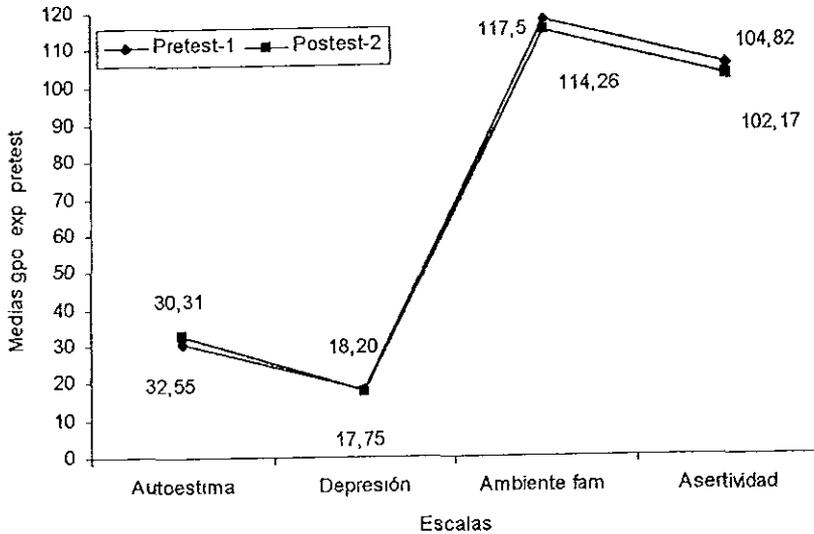


Figura 2 Muestra los promedios aritméticos del grupo experimental antes de la intervención. Por cada escala, en la parte superior aparece el promedio de la primera medición y en la parte inferior el promedio de la segunda medición.

Los resultados que se obtuvieron en el análisis de la primera y segunda medición del grupo experimental fueron los siguientes: en autoestima, se obtuvo un valor de T de -1,80 y una probabilidad asociada de .082, con 28 gl, no habiendo diferencias significativas, en depresión el valor de T fue de .40 y una probabilidad asociada de .694, con 28 gl, sin diferencias significativas, en la escala de Ambiente Familiar, el valor de T fue de .77 y probabilidad asociada de .448, con 29gl, sin diferencias significativas y en asertividad el valor de T fue de .98 y probabilidad asociada de .334, con 28 gl, sin diferencias significativas.

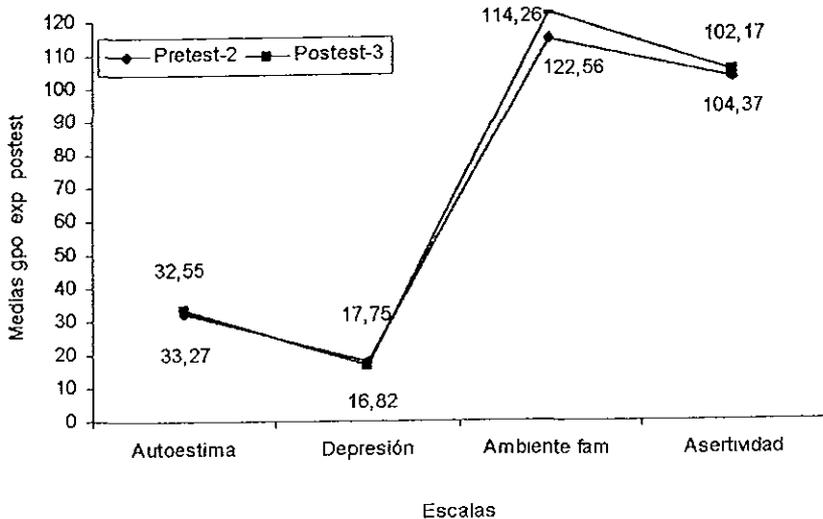


Figura 3 Muestra los promedios aritméticos del grupo experimental después de la intervención. Por cada escala, en la parte superior aparece el promedio de la segunda medición y en la parte inferior el promedio de la tercera medición.

Con respecto al análisis de resultados de las aplicaciones 2 y 3, pretest-postest, del grupo experimental se obtuvo lo siguiente: en autoestima el valor de T fue de $-0,67$ y probabilidad asociada de $.510$, con 28 gl, sin diferencias significativas, en depresión se obtuvo T de $0,78$ y probabilidad asociada de $.442$, con 28 gl, sin diferencias significativas, en la escala de Ambiente Familiar, T tuvo un valor de $-2,47$ y probabilidad asociada de $.019$, con 29 gl, con diferencias significativas, y en asertividad se obtuvo una T de $-1,41$ y probabilidad asociada de $.168$, con 28 gl, sin diferencias significativas.

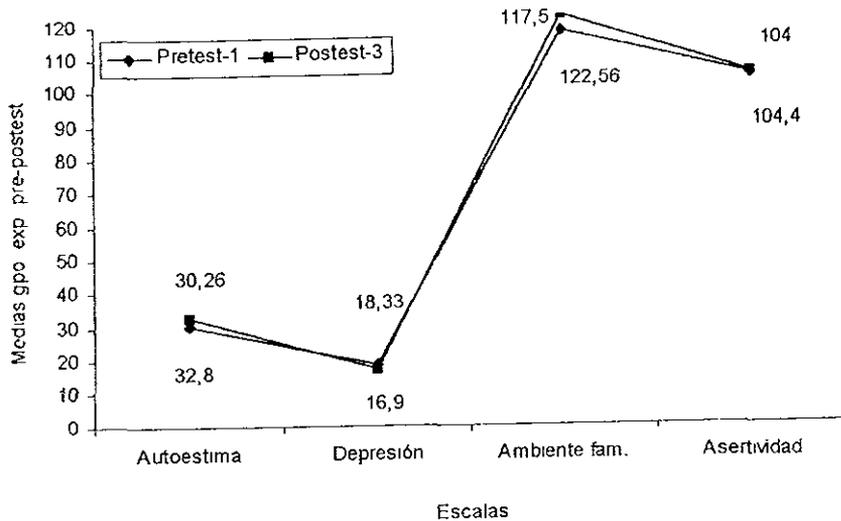


Figura 4 Muestra los promedios aritméticos del grupo experimental comparando la primera y la tercera medición. Por cada escala, en la parte superior aparece el promedio de la primera medición y en la parte inferior el promedio de la tercera medición.

En el análisis de las aplicaciones 1 y 3 del grupo experimental, se obtuvo lo siguiente: en autoestima el valor de T fue de -1.62 y probabilidad asociada de .116, observando que no hay diferencias significativas, en depresión se encontró un valor de T de 1.48 y probabilidad asociada de .149, no hay diferencias significativas, en la escala de Ambiente Familiar, T tuvo un valor de -1.13 y probabilidad asociada de .268, sin diferencias significativas, y en asertividad el valor de T fue de -.14 y probabilidad asociada de .892, sin diferencias significativas. Todas ellas con 29 gl.

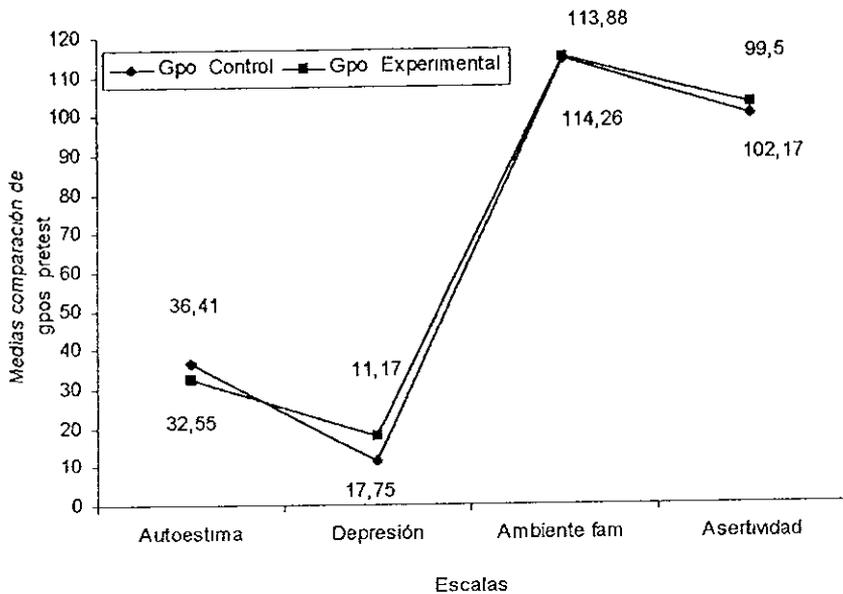


Figura 5. muestra la comparación de los grupos control y experimental antes de la intervención. En la parte superior se observan los promedios aritméticos del grupo control y en la parte inferior los promedios del grupo experimental.

Se encontró que en asertividad, el valor de t fue de $-0,82$, con 61 grados de libertad y una probabilidad asociada de $.415$, mostrando que no hay diferencias significativas entre los grupos. En autoestima, se encontró un valor de t de $1,83$, con 61 grados de libertad y una probabilidad asociada de $.072$, observando que no hay diferencias significativas entre los grupos. En ambiente familiar, resultó un valor de t de $3,57$, con 61 grados de libertad y una probabilidad asociada de $.001$, por lo que se observa que sí hay diferencias significativas. En depresión, el valor de t fue de $-1,22$ con 61 grados de libertad y probabilidad asociada de $.000$, mostrando que sí existen diferencias significativas entre los grupos.

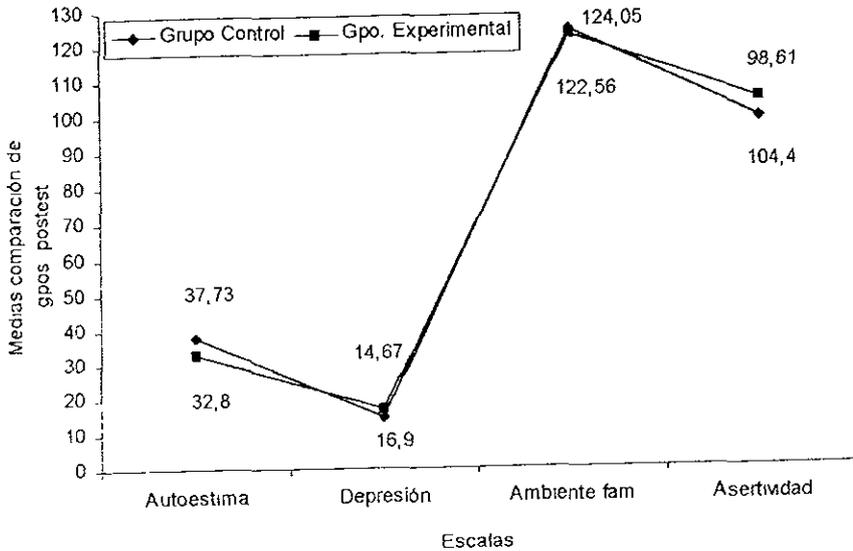


Figura 6 Se observa la comparación de los grupos control y experimental, después de la intervención. En la parte superior se encuentran los promedios aritméticos del grupo control y en la parte inferior los promedios del grupo experimental

En la escala que mide autoestima, se encontró un valor de t de 2,70, con 62 grados de libertad y una probabilidad asociada de 0,09, por lo que sí hay diferencias significativas. En depresión, se encontró un valor de t de -1,22, con 62 grados de libertad y una probabilidad asociada de 0,227, por lo que no hay diferencias significativas entre los grupos. Con respecto a la escala de Ambiente Familiar, se encontró un valor de t de 2,4, con 62 grados de libertad y una probabilidad asociada de 0,07, por lo que no hay diferencias significativas. Por último en asertividad se obtuvo una t de 1,80, con 62 grados de libertad y probabilidad asociada de 0,076, no hay diferencias significativas entre los grupos.

CAPITULO III

DISCUSIÓN Y CONCLUSION

CAPITULO III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue saber de qué manera influía la impartición de un "Programa para Mejorar la Autoestima" (adaptado a la edad de las menores con las que se trabajó) sobre las conductas de agresión y depresión de un grupo de menores que han sido víctimas de maltrato, tomando en cuenta que estas conductas se derivan de las experiencias traumáticas que vivieron las menores en algún momento de su vida e incluso se consideran como síntomas de maltrato, entre otros, la depresión y la hiperagresión (Schaefer, 1988), así mismo los menores maltratados se caracterizan por tener una autoestima baja y una asertividad deficiente (Kemppe, 1979 y Acevedo, 1996)

El programa utilizado en este estudio, para mejorar la autoestima, se basa en la teoría cognitivo-conductual debido a que se ha comprobado que es un método exitoso (Jiménez, 1998).

En el análisis de los resultados obtenidos por el grupo experimental antes y después de la intervención se observa que no se presentaron diferencias significativas en ninguna de las escalas, de igual manera se encontró que tampoco existían diferencias significativas entre la primera y la tercera aplicación, del grupo experimental por lo que se rechaza la hipótesis de investigación en donde se plantea que habría una disminución en las conductas agresivas y depresivas de las menores después de un entrenamiento en autoestima y se acepta la hipótesis nula

A continuación se analizarán los resultados de acuerdo a desarrollo del estudio

Al comparar ambos grupos al inicio del estudio se encontró que eran diferentes significativamente con respecto a la hostilidad, el grupo experimental era menos hostil que el grupo control pero presentaba mayor depresión. También presentaban diferencias en autoestima, aunque de manera no significativa, el grupo control tenía mayor autoestima que el grupo experimental, mientras que éste se presentaba más asertivo, esta relación entre autoestima y asertividad se da porque al presentar conductas asertivas el trato con los demás es diferente lo cual puede producir una disminución de la autoestima en la menor como consecuencia de la crítica y el rechazo de los demás. Por eso es importante el desarrollo de una adecuada autoestima ya que de no ser así se dificulta la manifestación de conductas asertivas (McKay y Fanning, 1991, Caballo, 1993).

El grupo experimental, de la primera a la segunda evaluación, antes de la intervención, mostró un aumento, no significativo, en sus niveles de autoestima y hostilidad, las conductas depresivas y asertivas decrecieron no significativamente. De la segunda (pretest) a la tercera (postest) evaluación se encontró un incremento no significativo en los niveles de autoestima, las conductas depresivas disminuyeron, su relación familiar mejoró significativamente lo cual también refiere un decremento significativo en las conductas hostiles de las menores hacia sus familiares, su asertividad aumentó aunque no significativamente. En cuanto a la comparación de los resultados entre la primera (pretest) y la tercera medición (postest), se encontró una mejora, aunque no significativa, en los niveles de autoestima así como en las relaciones familiares, las conductas depresivas disminuyeron no significativamente y los niveles de asertividad no presentaron cambios.

En el análisis de los grupos control y experimental después de la intervención, se encontró que el grupo control presentó una mejor autoestima significativamente, que el grupo experimental ya que el grupo control aumentó su autoestima mientras que el grupo experimental se mantuvo, estos resultados se relacionan con la diferencia de los grupos desde el inicio del estudio en cuanto a autoestima lo cual puede deberse a que la principal causa de ingreso a la institución, del grupo experimental, fue el maltrato, mientras que la del grupo control fue por trabajo de la madre, tomando en cuenta que la etapa clave para el desarrollo de la autoestima es en la infancia con el trato familiar más que con la inteligencia y el nivel socioeconómico, en la infancia se adquieren conceptos y se forman imágenes de sí mismo, así como lo que le gusta, al menor, de su persona o lo que no le gusta, todo esto basado en la forma en que es tratado por personas significativas como padres, familiares, maestros, amigos, etc. (Verduzco y Lara Cantú, 1989)

Al finalizar el estudio las menores del grupo control se tornaron significativamente más depresivas y hostiles que al principio, a diferencia de las menores del grupo experimental quienes tendieron a bajar los niveles de depresión y hostilidad, este último de manera significativa, hasta el grado que los dos grupos fueron muy similares después de la intervención, aún no se puede concluir que esto se debió al entrenamiento en autoestima que se le dió al grupo experimental porque en el postest no se presentó el aumento en los niveles de autoestima y asertividad esperados, por el contrario se notó

un decremento en la autoestima. Y es importante tomar en cuenta la relación que hay entre depresión y autoestima incluso considerando que para el tratamiento antidepresivo se debe tener en cuenta la necesidad de fortalecer el desarrollo de la autoestima (Martín, 1989 citado en Ledesma, 1989), sin embargo este se da de manera paulatina y se lleva un tiempo considerable de trabajo, lo que en este caso se vió afectado debido a las actividades de las menores en la institución y la falta de disposición por parte del personal.

Finalmente, las menores del grupo experimental siguieron siendo más depresivas que las del grupo control pero esta diferencia ya no fue significativa como lo era antes de la intervención. El grupo control presentó una mejor relación familiar que el grupo experimental sin ser significativa la diferencia, por último se encontró que el grupo experimental presentó una mejor asertividad que el grupo control, con respecto a sus medias, pero esta diferencia no fue significativa.

Ya se mencionaba que al inicio los grupos eran diferentes en lo siguiente: la mayoría de las menores del grupo control habían ingresado al internado porque su madre tenía que trabajar, posterior a una *desintegración familiar* debía sostener los gastos de la casa, por el contrario las principales causas de ingreso al internado que tuvieron las menores del grupo experimental fueron maltrato físico, abuso sexual y *desintegración familiar* por lo que muchas menores no contaban con alguien que se responsabilizara de ellas esto aunado a que también había casos de abandono dados ya sea, por muerte de los padres, encarcelamiento, abandono del hogar y/o falta de recursos económicos, que son los factores principales para que se de el abandono al(a) menor (Pareja, 1984 citado en Gallardo, 1988).

Otro punto importante que distinguió a los grupos fue que a pesar de que las menores del estudio tenían un desfase escolar, no mental, en el grupo experimental el desfase era mayor, y como ya se vió anteriormente, este grupo era también más depresivo por lo que el bajo rendimiento escolar es una de las manifestaciones del estado depresivo al aparecer una disminución de la atención y concentración, así como ideas de culpa y de ser inútil (CIE 10). Es importante destacar

que este grupo (experimental) tenía la característica de maltrato, el cual, a su vez, puede ser un factor desencadenante de la depresión (Calderón, 1985)

El desfase escolar a su vez es uno de los indicadores más importantes al juzgar el comportamiento de los menores generando variadas consecuencias en ellos, que van desde sentirse responsables de las disputas familiares hasta sentirse responsables de todo lo negativo que sucede a su alrededor, descendiendo así su autoestima y formando un autoconcepto negativo además de una disminución de sus aspiraciones, una inhibición del comportamiento social y de su natural espontaneidad (Polaino-Lorente, 1988)

La mayoría de las menores ocupan el primer lugar en la familia o son producto de la primera gesta, lo cual se puede relacionar con inmadurez de los padres (Elmer, 1967), que por la inexperiencia en el cuidado de los hijos, además de otras características se pueden convertir en padres maltratadores (Rodríguez, 1994).

Como se vio anteriormente de un total de 38 responsables o tutores que contestaron el cuestionario de "Percepción de padres a hijos", solo el 26% pertenecían al grupo experimental y el 74% al grupo control, esta diferencia puede estar dada por factores como que en el grupo experimental hay una mayor incidencia de menores huérfanas, que provienen de instituciones o que ya no tenían ningún vínculo con sus padres después de haberse denunciado el maltrato o abuso, a diferencia de las menores del grupo control quienes en su mayoría, se encontraban en el internado por que su mamá no podía cuidarlas. Otro dato importante es que, el 68% de los responsables representa a las madres, esta mayoría de alguna manera se relaciona con lo que menciona Calderón (1985), que la madre es quien en general maltrata a los niños, más que el padre, principalmente en cuanto a abuso físico se refiere, puesto que en este estudio se advierte la ausencia del padre en la responsabilidad de la menor.

Como característica general de los padres o responsables de las menores tuvieron una escolaridad de secundaria y un nivel socioeconómico bajo, estos datos coinciden con las características de padres maltratadores que menciona (Calderón 1985) en

donde marca que el promedio de la madre golpeadora es de nivel socioeconómico bajo (García 1993, Rodríguez 1994 citados en Casado, 1997).

APORTACIONES Y SUGERENCIAS

El presente trabajo apoyo mucha literatura que existe en relación con los temas de autoestima, maltrato, agresión y depresión, Así mismo se pudo observar que, en estos ambientes de internado y con las características de las menores es preferible la terapia individual más que grupal, pues la menores no expresaban sus inquietudes o experiencias dentro del grupo por temor a ser ridiculizadas por sus compañeras o a dar argumentos para posteriores agresiones

El rango de edad de las menores de este estudio fue de 6 a 17 años, como se puede notar, es muy grande, por lo que se sugiere, para un mayor control de los datos, restringir más el rango de edad

En cuanto al grado escolar había diferencia entre los grupos, el grupo experimental presentaba mayor desfase escolar que el grupo control, así también la diferencia en cuanto al motivo de ingreso era notoria por lo que se sugeriría que los grupos sean más homogéneos

Es necesario tomar en cuenta las características demográficas de los padres de todas las menores de la muestra, para tener una mayor exactitud y representatividad de los datos. En este estudio no se lograron obtener todos estos datos debido a la ausencia de padres a la hora de las evaluaciones.

El entrenamiento en autoestima constó de pocas sesiones las cuales, a su vez, duraban aproximadamente dos horas cada una, debido a que las menores tenían muchas actividades durante el día tales como aseo, preparar alimentos, realizar tareas escolares, diversos talleres de manualidades impartidos por personal voluntario y asistir a la escuela, por lo que no era posible destinar más tiempo a las sesiones de autoestima, quedando por realizar más dinámicas, más ejemplos, mayor práctica dentro del grupo así como una mayor discusión del material trabajado, para un mejor

entrenamiento. Asimismo, parece necesario abarcar más el tema de asertividad y llevar un seguimiento de las menores.

Para las menores del internado "Las Nieves" (grupo experimental) el día estaba saturado de actividades, empezando a las 6:30 y a partir de ese momento no tenían mucho tiempo libre, debían terminar todos sus quehaceres antes de las 14:00 horas, momento de entrar a la escuela, por tales motivos a la hora de la sesión de autoestima, algunas menores aprovechaban para descansar, otras mencionaban que tenían sueño y que no podían prestar atención y algunas no asistieron a alguna sesión para terminar sus quehaceres, en fin algo que se observó con frecuencia es que no tenían la suficiente motivación para asistir al curso.

Lo anterior nos habla de que se necesita llevar un programa de actividades estructurado y adecuado para la atención de las menores ya que éstas se encuentran a expensas de la 'buena voluntad' de otras personas, pero sin una atención adecuada a sus necesidades.

Para posteriores estudios se propone que las personas que están a cargo de las menores dentro del internado también reciban un entrenamiento en autoestima con el fin de tener un mayor conocimiento del trato que deben dar a las internas y reforzar las actividades que se realicen con ellas en las sesiones.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Acevedo, C. V. (1996). Estudio descriptivo de las características de los usuarios del programa de prevención y tratamiento de maltrato infantil. Tesis de Licenciatura U.N.A.M.
- Aguilar, K. E. (1987). Sé tu mismo sin sentirte culpable. México. Ed. Pax México
- Aguilar, R. N. (1995). Estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Wood en una muestra mexicana de niños de 8 a 16 años. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M.
- Arruabarrena, J. (1994). Maltrato a los niños en la familia. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Ayuso, L., Saiz, J. (1981). Las depresiones. España. Ed. Interamericana Importecnic
- Bandura, A. (1978). Modificación de conducta. México, De Trillas
- Barcas, L. (1996). Agresión, Causas, Consecuencias y Control. España. Ediciones Desclee de Brouwer, S.A.
- Blun, N. (1997). Transforme en hada su bruja madrina. México. Ed. Obelisco.
- Branden, N. C. (1993). El poder de la autoestima. México. Editorial Paidós
- Brownmiller, S. (1975). Contra nuestra voluntad. España. Ed. Planeta.
- Burgess, A. y Holstrom (1974). Rape victims of crisis. Bowie Mo. Robert. J. Brady Co. Pp 109- 116
- Burgess, A. (1985). Rape and sexual assault a research handbook. New York. Gerland Publishing
- Caballo, V. E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. España. Ed. Siglo XXI
- Calderón, G. (1985). Depresiones, causas, manifestaciones y tratamiento. México. Ed. Trillas.

- Carthy, D. (1977). Historia natural de la agresión México Ed. Siglo XXI
- Casado, (1997). Niños maltratados. Madrid Ed. Díaz de santos.
- Chase, N. (1979). Un niño ha sido golpeado. México. Ed. Diana.
- Cirillo, S. Di Blasio, P (1991) Niños maltratados México Ediciones Paidos.
- Cobo, C (1992). La depresión infantil. España. Ediciones Temas de hoy
- Corsi, J (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar México. Ed. Paidos.
- Corsi, J (1994). Violencia familiar. México. Ed. Paidos
- Dio Blechmar, E. (1995). La depresión en la mujer. España. Edición Temas de hoy
- Ellis, A (1980) Terapia racional emotiva. México, Editorial Pax
- Finkelhorn, D (1980) Abuso sexual al menor. México. De. Pax-Mex Pp 1-20
- Fulgencio, J M (1996) Validación social de un programa ecoconductual para la prevención y tratamiento del maltrato infantil Universidad Nacional Autónoma de México
- Gallardo, C. (1988). Malos tratos a los niños España Ed. Madrid.
- Jhonson (1976). La agresión en el hombre y en los animales México. Editorial manual moderno.
- Jiménez, E. (1998). Evaluación de un programa cognitivo conductual para mejorar la autoestima en adolescentes y adultos. Tesis de Licenciatura U N A M
- Kaplan, H; Sadock, B. (1987). Compendio de Psiquiatría México. Ed Salvat

- Kempe, H (1979). Niños maltratados. Madrid Ed Morata
- Kubli, E (1993). Domina la autoestima México Árbol editorial
- Lara Cantú, A Verdzco, A. Acevedo, M. Cortés, J (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, en población Mexicana Revista Latinoamericana de Psicología 25 N: 2, 247-255.
- Ledesma, A. Y Melero, L (1989) Estudios sobre las depresiones España. Ed Universidad de Salamanca
- Martínez, L. (1995) La influencia de la autoestima y la asertividad en un programa Universidad Nacional Autónoma de México
- Martínez, R A y Ochotorena, J. P. (1993) Maltrato y abandono en la infancia. España Ed Martínez Roca
- Mercado, M (1991) Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle. Tesis de Licenciatura. U.N A M
- McKay, M Fanning, P. (1991). Autoestima evaluación y mejora España. Ed. Martínez Roca
- Morales, R (1998). Autoestima. [Http://www.altavista.com //autoestima](http://www.altavista.com//autoestima) 24 de enero
- Mortimer, O (1973) La depresión: psicopatología de la melancolía España Ed Madrid
- Odiel, E. (1988) Agresividad y violencia en el niño y el adolescente. México Ed Grijalbo
- Parra, C R (1994) Análisis del maltrato psicológico infantil desde una perspectiva de la interacción social Tesis de Licenciatura. U.N.A.M.
- Polaino-Lorente (1985). La depresión. España Ediciones Martínez Roca
- Polaino-Lorente (1988) Las depresiones infantiles Madrid Ediciones Morata S.A

- Rodríguez, E. M. (1991) Asertividad para negociar. México. Mc. Graw-Hill.
- Romero, G. G. (1996). Análisis e interpretación de habilidades instruccionales e madres que maltratan a sus hijos. Tesis de Licenciatura U.N.A.M.
- Serrano, P. (1996) Agresividad infantil. (México) Ed Pirámide
- Schaefer, C. (1988) Manual de terapia de juego. México Editorial el manual moderno
- Steinem, G. (1996) Revolución desde adentro. México. Ed. Atlántida Oceano.
- Varela, D. R. y Villegas, H. E. (1997) Reporte de estudio piloto del Inventario de Depresión Infantil en una muestra de niños del sur del D.F. Inédito
- Vargas, S. E. (1996) Entrenamiento a padres en habilidades de interacción con sus hijos. Tesis de Licenciatura U.N.A.M.
- Verduzco, A. M. (1994) "Validación del inventario de Coopersmith para niños Mexicanos". Revista intercontinental de Psicología y educación. Diciembre 1994. Vol 7 No 2 Pag 55-64.
- Verduzco, A. M. Lara Cantú, A. (1989) La autoestima en niños con trastorno de la atención. Salud Mental 31 N 6, 779-787
- Verduzco, A. M., Lara Cantú, A. Lancelotta, G. Rubio, S. (1989) Un estudio sobre autoestima en niños en edad escolar. Datos normativos. Salud Mental 12 N 3, 50-54
- Villatoro, V. J., Andrade, P. P., Fleiz B. C., Medina-Mora, I. M., Reyes, L. I. y Rivera, G. (1997). La relación Padres-Hijos: Una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental, V 20, No 2, junio de 1997 (Pg 21-27)
- Vinocur, M. D. (1995) Autoestima es adolescentes migrantes y adolescentes judíos mexicanos. México Tesis de Maestría U.N.A.M.

Widlocher, D (1986) Las lógicas de la depresión Barcelona Ed Herder

Wolman (1984) Diccionario de ciencias de la conducta. Ed. Trillas