

01921
120



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ESTUDIO PILOTO PARA LA DETECCIÓN
DE MALTRATO INFANTIL A TRAVÉS DE
INDICADORES DEPRESIVOS EN NIÑOS DE
SEGUNDO A SEXTO GRADO DE
EDUCACIÓN PRIMARIA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:
MERCEDES ALEJANDRA JIMÉNEZ MARTÍNEZ
ABENAY ROQUE VALENTE**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. MA. LUISA RODRÍGUEZ HURTADO**

**ASESOR DEL PROYECTO:
DR. DAVID AURÓN ZALTZMAN**



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE, 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Quizá algún día exista una bien informada y considerada y, sin embargo, ferviente convicción pública de que el más grave de todos los pecados posibles es el de mutilación del espíritu de un niño, porque la misma socava el principio vital de confianza, sin el cual todo acto humano, por bueno y justo que parezca propende a la perversión mediante formas destructivas de rectitud...”

Erickson

Dedicado a los niños y adultos que han sufrido los estragos del maltrato

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. María Luisa Rodríguez Hurtado; por su calidad humana, por su incansable labor en favor de los niños y por haber compartido ese entusiasmo con nosotras para desarrollar este proyecto.

Al Dr. David Aurón Zaltzman; por su amabilidad mostrada, por su tiempo y disposición absoluta para la creación de este proyecto y, sobre todo, por facilitarnos este camino apoyándonos en todo.

A la Lic. Damáriz García Carranza; por recordarnos que la sensibilidad es ingrediente fundamental en el quehacer del psicólogo.

Al Mtro. Jorge Valenzuela Vallejo; por la disposición e interés mostrado y por su sencillez y apoyo para concluir adecuadamente este trabajo.

Al Dr. Ramón Esteban Jiménez; por sus comentarios oportunos y enriquecedores para encausar este proyecto.

A las autoridades de la escuela "Alfredo Bernardo Nobel" por permitirnos trabajar en pro de los niños.

Y, especialmente, a todos los niños y niñas que hicieron posible este trabajo.

Alejandra y Abenay

Dedicada a ti mamá:

***Pues aún ante la adversidad tus ojos me proporcionan la paz que
necesito para ser feliz.***

***Gracias por ser mi mejor ejemplo de amor y de
Fuerza.
Te amo***

Agradezco:

**A Dios
Por Iluminar Mi Camino.**

**A Mis Abuelos Rufina Y Francisco
Por Guiar Mis Primeros Pasos Y Amarme
Como A Una Hija.**

**A Elio
Con Especial Cariño
Por Compartir Conmigo La
Ilusión Del Amor Y Ser Mi
Apoyo Incondicional.**

**A Mariana
Por Ser La Razón
De Mi Sonrisa Y Mi
Mayor Motivación.**

*A Mis Tíos, A Todos, En Especial A:
Angelita, Delia Y Javier Por Acogerme
Con Su Cariño Y Apoyo.*

*A Juanita gracias por
Ser Mi Hermana*

*A Mis Primos:
Maye, Jesús, Javier, Araceli, Gabriel, Carlos Y Bere.*

A Mis Sobrinos, En Especial A: Itzel, Jorge Y Sergio.

*A Mis Amigos: Adriana, Anacchey, Cristobal, Gaby Velásquez, Gaby
Mondragón, Ignacio, Javier, Laura Y Rocío.*

*Gracias A Todos
Porque En Gran Medida Han Contribuido
A Mi Desarrollo Humano Y Profesional
Con Amor
Alejandra*

A Mis Padres;

por acompañarme en este proceso, por confiar
y creer en mí, por dejarme intentar ser libre, por apoyarme
en todos los sentidos, por estar siempre y por ese cariño
capaz de alcanzarme a través de la distancia.
Gracias por esto y más.

A Mary Did;

por ser una gran mujer, por sus ganas de vivir y,
sobre todo, por ser mi mejor amiga y confidente.
Gracias por mis sobrinos.

A Carlos;

por luchar por sus sueños, por alcanzarnos y, porque
a pesar de las diferencias, me ha permitido conocerlo
brindándome un enorme cariño.
Gracias por seguir adelante.

**A Don Enrique, a la Sra. Martha,
a la Sra. Yayita y a la Sra. Silvia;**

por haber sido la mejor familia que pude haber
encontrado, por cuidarme y apoyarme.
Gracias por todo

A Tere Cerdán;

por todo su cariño, por sus conocimientos, por los largos
momentos y, aun más, por ser una gran maestra.
Gracias infinitas.

A Tefy;

por su ternura y sus lindos comentarios, por sus energías,
y por su ángel; por ser esa pequeña luz en mi vida.
Gracias por existir y hacerme soñar.

A Ti,

por ser y estar, racional y emotivamente;
por y para.... siempre.

Aby

7

ÍNDICE**PÁG.****RESUMEN**

I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. ANTECEDENTES.....	15
III. MARCO TEÓRICO.....	27
IV. MÉTODO	
1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	66
2. HIPÓTESIS	
a) HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	74
b) HIPÓTESIS ALTERNAS.....	75
c) HIPÓTESIS NULAS.....	76
3. VARIABLES.....	76
4. OBJETIVOS.....	78
5. SUJETOS.....	79
6. TIPO DE ESTUDIO.....	79
7. MATERIAL.....	79

8. PROCEDIMIENTO.....	80
V. RESULTADOS.....	81
VI. DISCUSIÓN.....	99
VII CONCLUSIONES.....	107
VIII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	112
IX. APORTACIONES.....	113
X. ANEXO.....	115
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118

RESUMEN

Se trata de un estudio de tipo exploratorio, pre-experimental, inductivo-deductivo en donde, con la finalidad de detectar maltrato infantil, se aplicó un cuestionario piloto a una población de 215 niños de educación primaria de segundo a sexto grado. A partir de los resultados obtenidos, encontramos que los niños contestaron a los reactivos indicadores en un 23.43%; es decir, rasgos depresivos identificados en la práctica clínica tales como: temores, sentimientos de culpa, agresividad, baja autoestima y bajo rendimiento escolar, corresponden en dicho porcentaje a la situación particular de los niños estudiados. La presente investigación es el preámbulo para el desarrollo del *"Modelo de Intervención permanente para la Exploración, Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil y la Violencia Intrafamiliar, en un medio escolar, Incluyendo el Abuso Sexual de Primero a Sexto Grado de Primaria. Un Enfoque Psicoanalítico."*

I. INTRODUCCIÓN

Desde siempre, el maltrato infantil ha sido uno de los problemas de alta incidencia en el mundo; sin embargo, no es hasta hace unas décadas que se le ha empezado a dar importancia y prestado atención en todos los aspectos. A pesar de ello, aún hay mucho por hacer y conocer de este fenómeno social.

Mientras siga existiendo el maltrato a menores, consideramos que las investigaciones que se generen al respecto, irán constituyendo un granito de arena; ya sea para la prevención, la detección o bien para la intervención futura a través de los resultados obtenidos. No basta con los numerosos estudios sobre el tema, pues los escenarios y las poblaciones son diversos y el conocimiento nunca termina.

El porqué es importante este tema, es muy claro. La exposición a cualquier modalidad de maltrato infantil conlleva a una serie de cambios en el comportamiento y en el ánimo, que bien pudieran ser suficientes para cambiar significativamente la vida de cualquiera que haya sufrido una acción como esta.

Gracias a los aportes de los estudios realizados hasta hoy día y a la enorme experiencia clínica, se sabe que una de las principales consecuencias del maltrato infantil, es la depresión. Mucho se ha hablado de ella y sus repercusiones, las cuales tienen relevancia e impacto en el desenvolvimiento normal de cualquier persona.

La depresión trae consigo una serie de rasgos importantes a considerar. Sólo por mencionar algunas, entre sus principales manifestaciones, sobresalen las siguientes: baja autoestima, agresión, apatía en general, culpa, inseguridad, temores, pobres o deficientes relaciones interpersonales y, en el caso de los niños, bajo rendimiento escolar.

El maltrato infantil puede expresarse en forma de depresión, la cual trae repercusiones de trascendencia en el desarrollo de los niños. Es por ello que se hace pertinente tener más información al respecto para manejar esta problemática de manera adecuada.

Muchas veces, rasgos depresivos como los antes mencionados no son identificados y es aún menos probable que se les asocie como consecuencia del maltrato.

Si bien, es de nuestro pleno conocimiento que los criterios diagnósticos sobre depresión aún no se han unificado del todo, creemos que al menos los indicadores depresivos con los que emprendemos este proyecto, pueden arrojar información importante sobre la depresión como una de las más graves repercusiones en los niños maltratados.

Consideramos que los niños representan un grupo vulnerable que vive y sufre esta situación; es por eso que nuestro interés se centra en trabajar con dicha población. Además, la investigación en el ámbito escolar ha sido muy reducida, por lo que se hace conveniente abarcar este escenario; pues es aquí donde los niños pasan gran parte del tiempo.

El deseo de obtener resultados objetivos sobre la detección de cualquier forma de maltrato infantil se dirige a mejorar las esferas socioafectivas de los niños estudiados.

Si bien en este estudio no se pretenden realizar parámetros validados de detección, si se busca dar los suficientes aportes para lograrlo de manera posterior.

Si de alguna forma, la prevención no ha sido un factor que detenga la agresión hacia los niños, el crear o probar herramientas puede aportar a la Psicología al menos un carácter de diagnóstico eficaz.

II. ANTECEDENTES

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses, mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina.

La violencia hacia los menores siempre ha existido, pero nunca se le concedió la importancia que merece. En el siglo XVII, la pérdida de las tres cuartas partes de los niños de una familia era común, y por ende, la mortalidad infantil no se consideraba como algo insólita, pues sus causas eran algo tan simple, como los cuidados mismos. Ante lo cotidiano de estos hechos, se empezó a indagar sobre el tema; pero no fue hasta 1860 que el catedrático y médico francés Ambrosie Tardieu estudió este problema desde una perspectiva medica-social en un informe titulado "Etude médico-legale des blessures" (después del famoso caso de las autopsias de 32 niños golpeados y quemados). A partir de dichos estudios, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez. Después de este hecho, se inicia la primera fase para la resolución de este problema. Para 1871, se funda la Society for the Prevention of Cruelty to Children, como respuesta al rescate que realizó la Sociedad Protectora de animales a la niña Mary Ellen, la cual padecía condiciones infrahumanas bajo el maltrato de sus padres adoptivos.

Ante este hecho, se fundaron sociedades semejantes a ésta en diversos países (Loredo Abdala, 1994).

Sin embargo, a pesar de lo mucho logrado, tuvieron que pasar más de 70 años para que se volviera a dar importancia al asunto. En 1946, el pediatra y radiólogo J. Caffey dio a conocer una investigación sobre seis lactantes y niños pequeños en quienes se apreció un síndrome de hematoma subdural y fracturas múltiples de los huesos largos, en ocasiones con lesiones epifisarias (Fontana, 1979).

Posteriormente F. N. Silverman (1953) y P. V. Woolley (1955) determinaron la causa traumática en otros casos similares y su intencionalidad. En 1957 y 1965, Caffey vuelve a publicar que el origen de esas alteraciones se encontraba a traumatismos derivados de malos tratos. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por 749 casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado (Kempe, 1985).

Este concepto fue ampliado por Fontana (1979) al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o

pór negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.

Posterior a estas publicaciones, se hizo ver el impacto sobre esto y muchos países empezaron a interesarse por investigar e informar sobre el tema. Por ejemplo, en Estados Unidos sobresalen las investigaciones de C. H. Kempe y F. Ruth (1975), R. E Halfer, J. H. Daniel y Kray y F. Loda (1978). Fue precisamente para los años 70's, que comenzaron a aparecer en los E.U.A, una serie de estudios sobre la influencia de la violencia en los sujetos pasivos y más desprotegidos de la población, donde se ubican como vértices de investigación para Cornell y Oleo (1991), la violencia y el abuso sexual en niños. Este tipo de conductas comienza a ser objeto de denuncia y de estudio por parte de la Psicología, Psiquiatría y Sociología, entre otras. Mientras, en Europa el problema se observó como un fenómeno de ámbito doméstico, donde se recalca el incesto y la influencia del factor familiar, y se empezó a dar auge a investigaciones sobre el tema. En Gran Bretaña destacan las de K. Simpson (1964), la de P. D. Scott (1973) y la de J. E Buchanan y P. T. D-Orban (1979). En Francia, destacan las de Neimann (1965) y las de J. Javon y M. Lamy (1967); y en Alemania las de J. Paul (1967) y las de B. J. Chervy y A. M. Kuby (1971). (Loredo Abdala, 1994).

En México, el 7 y 8 de septiembre de 1975 se celebraron un ciclo de conferencias sobre el tema del Maltrato Físico al Niño, en el que se analizaron aspectos psiquiátricos, médicos, de trabajo social y jurídicos. Posteriormente la empresa Productos Nestlé, S. A. publicó una recopilación sobre los niños maltratados, de trabajos de diversos autores de múltiples países, titulada "Anales Nestlé. Del niño abandonado al niño mártir". En 1976 se llevaron a cabo las XIX Jornadas Médico Regionales; el 4 y 5 de julio de 1977 se efectuó el Simposio sobre el niño golpeado que dio paso a la publicación titulada "El maltrato a los hijos", de Jaime Marcovich; y del 3 al 5 de diciembre de 1979 (año internacional del niño) se realizó el Simposio Internacional Sobre el Niño Maltratado (citado en Gamboa, 1992).

En 1977 publicaciones sobre el abuso sexual de niños y movimientos feministas, así como de protección a la infancia, han contribuido a que se reconozca al abuso infantil como un problema social. En el artículo, "El maltrato infantil: un problema mundial" (Rev. Salud Pública Méx. 1998), se estudió el maltrato infantil desde sus antecedentes históricos, así como sus clasificaciones, sus definiciones y su epidemiología. Asimismo, se revisaron las repercusiones y se plantearon las alternativas de tratamiento que en la bibliografía existente se han manejado como fundamentales para enfrentar este fenómeno cada vez más alarmante.

En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, la que hasta la fecha ha sido ratificada por más de 160 países, aprobada por nuestro país mediante la Ley Nacional 23.849 y recientemente incorporada a nuestra Constitución Nacional. El artículo 19 de dicha Convención estipula que los países: "tomarán todas la medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas adecuadas para proteger al niño de toda forma de violencia física o mental, de traumatismos o de maltratos, de descuidos o tratamiento negligente, de maltrato o explotación, en especial del abuso sexual, mientras se encuentre al cuidado de sus padres, del guardián legal o de cualquier otra persona que esté al cuidado del niño" (Ley para la protección de los derechos de niños y adolescentes, 1999).

La Primera Cumbre Mundial en favor de la Infancia se realizó en septiembre de 1990, en la sede de las Naciones Unidas. En ella los presidentes de más de 70 países acordaron comprometerse en la lucha contra el hambre, la pobreza, la enfermedad, la explotación, el descuido y el analfabetismo, flagelos que sufren de igual manera los niños de los países desarrollados y los de países en vías de desarrollo (citado en Gamboa, 1992).

No obstante a las publicaciones realizadas en torno al maltrato infantil, este fenómeno ha sido poco abordado en el ámbito escolar.

En 1987, Holmes (citado en Peiró I, 1997) mencionó los siguientes comportamientos específicos dentro del aula escolar por las víctimas de maltrato: bajo nivel de lectura, ortografía y matemáticas, retraso en habilidades expresivas y de comprender el lenguaje, pelear con otros en el centro escolar, llegar temprano a la escuela, quedándose tarde y no desear ir a casa, no recibir ayuda en problemas físicos o médicos aunque hayan atraído la atención de los padres.

Por otra parte, Broadhurst en 1986 (op.cit.) dio a conocer los siguientes comportamientos como indicadores de los padres abusantes o negligentes respecto a los escolares: mostrar poco compromiso en relación a los resultados del niño en el centro escolar, desmentir la existencia de problemas en los estudios por parte del niño (o inculparlo de ello), prestar excesiva atención, soporte o gratificación moral al niño, poner al niño en una demanda de nivel irreal respecto al logro académico o físico.

A continuación nombramos algunos estudios realizados que ponen de manifiesto las repercusiones que trae consigo el maltrato:

Hoffmann-Plotkin y Twentyman en 1984 (citado en Canton Duarte y Cortés Arboleda, 1997) encontraron que los niños maltratados presentan un retraso en su desarrollo cognitivo y rendimiento académico.

En 1985, Kazdin et al (op.cit.) encontraron que los niños maltratados presentaban niveles significativamente superiores de depresión y una menor autoestima. Cantwell y Carlson (1987) coincidieron con Kazdin y agregarpn síntomas de anhedonia, cansancio, indefensión, desesperanza, rechazo escolar y rendimiento escolar, entre otros.

Canton Duarte y Cortés Arboleda (1987), señalan que las descripciones clínicas de los niños víctimas de maltrato y de los adultos que sufrieron abuso infantil han sugerido que la depresión puede ser una consecuencia de la experiencia abusiva. Estudios empíricos realizados sobre el abuso infantil por Kondra et al en 1989 (op.cit.) sugieren que las experiencias negativas al maltrato y al ambiente de los hogares abusivos socavan los procesos del sistema del yo.

Los estudios de López (1992), Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993), realizados en víctimas de abuso sexual, refieren que entre las principales consecuencias emocionales y conductuales, se encuentran: miedo

generalizado, hostilidad y agresividad; culpa y vergüenza; ansiedad, depresión, baja autoestima y sentimientos de estigmatización; rechazo del propio cuerpo, desconfianza hacia los adultos y bajo rendimiento académico (citados en Sanmartín, 1999).

Con respecto a este último rasgo mencionado, cabe aclarar que, a pesar de la cantidad de estudios realizados sobre las consecuencias del maltrato en el desarrollo de los niños, ha sido a partir de la década de los noventa, cuando los investigadores han comenzado a interesarse por la cuestión del rendimiento académico o de la adaptación escolar, siendo que este es un aspecto muy importante para entender su nivel de adaptación general pues, un rendimiento insatisfactorio puede llegar a tener efectos a largo plazo (Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 1997).

En 1993, Gracia Fuster y Musitu Ochoa (citados en Bringiotti, 2000) realizaron diversas investigaciones que analizan la relación de los malos tratos con el ajuste escolar y el rendimiento académico. Encontraron que los niños maltratados son propensos a presentar un retraso en el desarrollo cognitivo mayor que el de sus iguales no maltratados.

Por otro lado, los estudios de Erickson, Engéland y Picinta (1989), indican que es posible observar conductas diferenciales en las víctimas de distintos tipos de abusos en la situación educativa. Mencionan que los niños maltratados físicamente se caracterizan por conducta agresiva, desobediencia y comportamiento antisocial, así como un menor rendimiento en tareas cognitivas.

A su vez, encontraron que las víctimas de abandono físico son el grupo con mayor número de problemas, ya que se muestran ansiosos, distraídos, con baja comprensión, carentes de iniciativa y dependientes en gran medida de la ayuda del maestro, impopulares entre sus iguales, con tendencia a no colaborar con los adultos, parecen insensibles y con déficit empático. También detectaron que más del 50% de estos niños habían sido derivados a educación especial o presentaban fuertes retrasos académicos.

Por último, en los casos de los niños víctimas de abusos sexuales, se dieron cuenta de que se mostraban impulsivos y dependientes, ansiosos, desconcentrados, incapaces de comprender las consignas, con bajo rendimiento escolar y con una marcada dependencia de los adultos, así como con una fuerte necesidad de aprobación y contacto (citados en Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 1997).

Por otro lado, los estudios realizados sobre la conducta social de los niños maltratados indican que muchos de ellos adoptan unos patrones de conducta similares a los de sus padres y a la de los niños rechazados por sus iguales, caracterizándose por la agresión, los déficit en las habilidades sociales, el aislamiento social y una reacción inadecuada ante situaciones de estrés experimentadas por sus iguales. Entre estos estudios, destacan los de: Jaffe et al en 1986; Reid, Kavanagin y Baldwin en 1987; Walker Downey y Bergam en 1989; Stemberg et al en 1993; Camras y Rappaport en 1993 y Salzinger et al en 1993 (op cit).

Las consecuencias del maltrato también han sido analizadas desde la psicopatología, detectando trastornos de conducta, CI por debajo de lo normal y depresión infantil. Así mismo, los niños que han sufrido malos tratos físicos presentan bajo autoestima y depresión, incorporando una modalidad autoagresiva para resolver conflictos, muchas veces con intentos suicidas o suicidios concretados al llegar a la adolescencia. En 1994, Cerezo y Frias analizaron la relación con la depresión infantil: los niños maltratados tendían a atribuir los sucesos positivos a elementos externos mientras que los negativos se los adjudicaban a ellos mismos (Bringiotti, 2000).

Las descripciones clínicas de los niños víctimas de maltrato y de los adultos que sufrieron abuso infantil, han sugerido que la depresión puede ser una

consecuencia de la experiencia abusiva. Ya, en 1985 Kazdin et al, demostraron la relación de los malos tratos con los trastornos de la afectividad, al encontrar que los niños maltratados en la etapa de latencia presentaban unos niveles significativamente superiores de depresión y una menor autoestima que los grupos control. Además de que los niños que continuaban siendo maltratados eran los que se sentían más deprimidos, lo cual sugiere que la historia de abusos mantiene sus efectos en el niño sumándose a los efectos de los abusos del momento (citado en Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 1997).

El CDS, Cuestionario de Depresión para niños, adaptado por Cruz, Morales y Ramírez (1996) ha sido utilizado, en estudios en donde la depresión y el maltrato mantienen cierta conexión.

En Mata Villalba (2002), y a partir del instrumento antes citado, se realizó la investigación "La relación entre depresión y nivel de maduración en niños víctimas de maltrato infantil", encontrándose que el niño golpeado presenta trastornos afectivos entre los que se destaca la presencia de una depresión enmascarada que influye negativamente en la madurez mental.

En cuanto a la prevención del maltrato infantil, Rodríguez Hurtado, en 1985, realizó un estudio preliminar sobre el uso del método Fraire, concluyendo que el fenómeno de maltrato infantil puede estar presente pero es algo difícil de cuantificar y casi imposible de abordar al menos con este método. Más tarde, en 1989, en: "Hacia la detección del factor de alto riesgo aún en casos de maltrato mínimo", realiza entrevistas clínicas a padres maltratadores o abusivos en donde observa que los factores de alto riesgo para el maltrato infantil, están dados en el interior del sujeto más que en las situaciones externas. Poniendo de manifiesto que la única forma de prevenir este tipo de comportamiento es a través de la concientización del disparador personal y de la educación de la función de paternidad y maternidad.

Como puede observarse, a pesar de los múltiples estudios realizados en donde es tema principal el maltrato infantil, no existe un instrumento que lo detecte.

I. MARCO TEÓRICO

Al hablar de maltrato infantil, se hace necesario definir tres conceptos importantes: el niño, maltrato y niño maltratado.

El **niño** podría definirse como "persona humana que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad" (Osornio y Nieto, 1993), mientras que **maltrato**, según Marcovich (op.cit), podría considerarse como "el uso de fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir..."

Considerando las dos definiciones anteriores, **niño maltratado** podría definirse como: "persona humana que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas, mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo, tengan relación con ella." (op cit). Ahora bien, por lesiones se entiende cualquier alteración de la salud y pueden ser físicas (cuando afectan la integridad o el funcionamiento corporal) o mentales (cuando dañan las funciones intelectuales del pensamiento). También existe el maltrato emocional aunque es menos evidente.

Según la Ley para la protección de los derechos de los niños, niñas, y adolescentes (1999), un niño (considerando como tal en este sentido a todo menor de 18 años), es maltratado o abusado cuando su salud física o mental o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre o el padre u otras personas responsables de su cuidado; produciéndose entonces el maltrato por acción, omisión o negligencia.

A su vez, Martínez Roig (1993), define el maltrato infantil como "las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de acción u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerando normal para el niño".

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: "Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos" (citado en Gamboa, 1992).

En estas definiciones de maltrato infantil se recalca el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño (a), con el propósito de lastimarlo o injurarlo. Aunque el padre o adulto a cargo puede no tener la intención de lastimar al niño, también se interpreta como maltrato a la aparición de cualquier lesión física arriba señalada que se produzca por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del niño (a).

En 1995, Palacios (citado en Simón et al, 2000) menciona que se puede considerar que una situación de maltrato está determinada por las consecuencias físicas y psicológicas que tienen en el menor de 18 años, es decir, por los daños u omisiones reales o potencialmente sufridos.

Y cuando se habla de consecuencias o daño, este no siempre es físico y directamente observable. Por ejemplo, existen formas de maltrato psicológico. Además las consecuencias del maltrato no se manifiestan necesariamente a corto plazo, sino que en muchas de estas conductas tienen severas repercusiones en el desarrollo psicológico posterior del niño.

Evidentemente, existen diversas formas de maltrato, y para ampliar esta información; Simón et al (2000), retomando a otros autores, ofrece la

siguiente tipificación: maltrato físico, abandono o negligencia, maltrato emocional, abuso sexual, síndrome de Münchhausen, maltrato institucional, explotación laboral, mendicidad, corrupción, maltrato prenatal y retraso no orgánico en el desarrollo. A continuación se explicará brevemente en que consiste cada uno de ellos.

Por Maltrato Físico se considera cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

Entre los indicadores que suelen aparecer en los niños que padecen de este tipo de maltrato, se encuentran: físicamente lesiones cutáneas, internas y óseas; conductualmente: recelo por parte de los niños para ir a casa, recelo del contacto con sus padres u otros adultos, viste ropas inadecuadas para el tiempo con la finalidad de cubrir heridas o lesiones, puede presentar conductas contradictorias y extremas como retraimiento o agresividad extrema, se queja excesivamente o se mueve con incomodidad, se siente rechazado y no apreciado, presenta baja autoestima.

A diferencia del maltrato físico el castigo físico se define como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta (Loredo Abdala, 1994).

No siempre es sencillo saber cuando termina el "disciplinamiento" y comienza el abuso. En contraposición con el maltrato físico, el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada. A pesar de ello, constituye una violación de los derechos fundamentales como personas, es un atentado contra su dignidad y autoestima, es una práctica peligrosa porque puede causar daños graves a los niños y constituye siempre una forma de abuso psicológico que puede generar estrés y depresiones. Los niños que sufren este tipo de castigo tienden a reproducir comportamientos antisociales y a convertirse en adultos violentos.

Por Abandono Físico o Negligencia se considera toda situación o falla intencional en la que las necesidades básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo en el que convive el niño. Estas necesidades básicas hacen referencia a la alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, supervisión y vigilancia, condiciones higiénicas y seguridad en el hogar y aspectos educativos.

Pueden definirse dos tipos de abandono o negligencia. **Abandono Físico:** Este incluye el rehuir o dilatar la atención de problemas de salud; no vacunar al menor en el tiempo indicado, echar de casa a un menor de edad; no realizar la denuncia o no procurar el regreso al hogar del niño que huyó; dejar al niño solo en la casa o a cargo de otros menores. **Y, Negligencia o Abandono Educativo:** No inscribir a su hijo en los niveles de educación obligatorios para cada provincia; no hacer lo necesario para proveer la atención a las necesidades de educación especial (op.cit).

La negligencia o abandono físico trae consigo los siguientes indicadores externos: físicamente suciedad muy llamativa, hambre habitual, apariencia física demacrada, falta de protección contra el frío; conductualmente: el niño se duerme en clase o siempre está somnoliento, roba o pide comida, falta a la escuela, manifestaciones afectivas extremas, pesimismo y muestras de desconfianza.

Algunos autores diferencian entre abuso emocional, abuso psicológico y negligencia psicológica; en algunas clasificaciones se habla también de maltrato emocional y abuso emocional, en otras se habla de maltrato y abandono emocional, y en otras nos encontramos a todas ellas dentro de una misma categoría de malos tratos psicológicos.

En 1955, Palacios (citado en Simón Rueda, et al, 2000) habla de Maltrato Emocional, como aquella situación en la que no se toman en consideración las necesidades psicológicas del niño, particularmente las que tienen que ver con las relaciones interpersonales y con la autoestima.

Por su parte, López (op. cit), define el Maltrato Emocional refiriéndose a la hostilidad verbal crónica y en forma de insulto, burla, desprecio o amenaza de abandono y bloqueo constante de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de un adulto del grupo familiar o responsable del cuidado de menor; y como Abandono Emocional a la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta.

Como puede observarse, el maltrato emocional es una de las formas más sutiles pero también más extendidas de maltrato infantil. Son niños habitualmente ridiculizados, insultados, regañados o menospreciados. Se les somete en forma permanente a presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia. Se les permite o tolera el uso de drogas o el abuso de alcohol (Loreda Abdala, 1994).

Algunos indicadores físicos observados en niños que han padecido esta clase de maltrato, son el retraso en el crecimiento, las enfermedades psicosomáticas y los accidentes frecuentes. De manera conductual, se observan: dificultades en su desarrollo evolutivo (lenguaje, inteligencia, psicomotricidad, socialización, etc.); muestras de recelo, pesimismo, ansiedad, depresión, y preocupación; signos de desórdenes emocionales como movimientos rítmicos repetitivos y ausencia de comunicación; desórdenes conductuales como retraimiento y conducta antisocial, pasividad, agresividad, rigidez y conformismo; trastornos en el control de esfínteres y desórdenes en el sueño; así como pobre autoestima y fugas de casa.

Ahora bien, por Abuso Sexual se considera todo contacto o interacción entre un menor y un adulto en la que el niño es utilizado para la obtención de estimulación sexual por parte del adulto u otras personas. El cual, puede llevarse a cabo por personas menores de 18 años cuando estas son significativamente mayores que la víctima o están en una situación de control o poder sobre la misma. Dentro del abuso sexual, se incluyen comportamientos de distinta índole, distinguiéndose habitualmente entre abusos sexuales con o sin contacto físico.

En el primer caso se incluyen los tocamientos intencionados de zonas de naturaleza sexual con o sin agresión; como pueden ser: la violación,

considerada como penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona; la penetración digital definida como inserción de un dedo en la vagina o en el ano; el coito vaginal o anal con el pene; las caricias o tocamientos en los genitales, incluyendo forzar o masturbar sin penetración; la sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo; el contacto genital oral y obligar al niño a que se involucre en contacto sexuales con animales.

Dentro de los abusos sexuales sin contacto físico se encuentran: la utilización de los menores en la pornografía y la prostitución; el exhibicionismo; obligar a los menores a presenciar actividades sexuales de otras personas tanto si se trata de coito, masturbación como de pornografía y las solicitudes indecentes.

Al respecto, en 1992, Finkelhor señala que: "El abuso sexual puede definirse como tal a los contactos o acciones recíprocas entre un niño(a) y un adulto, en los que el niño(a) está siendo usado para gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado. Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del niño(a). La mayoría de estos delitos se producen en el ámbito del hogar, siendo el abusador muchas veces un miembro de la familia o un conocido de esta o el menor."

Entre los indicadores del abuso sexual en el menor, se hallan: físicamente dolor o inflamación perineal, dolor en región anal, hemorragias anales y vaginales, y enfermedades venéreas. Conductualmente: interacción sexual con iguales (precocidad), acciones o comportamientos sexuales hacia personas adultas, conocimientos sexuales inadecuados para su edad, cambios repentinos de comportamiento, dificultades de atención y concentración, cambios bruscos en el rendimiento escolar, actitudes de desconfianza, conductas autodestructivas, ansiedad, conductas regresivas, fobias y depresión.

Otro tipo de maltrato es el llamado Síndrome de Münchhausen por Poderes. Este término fue descrito por primera vez por Meadows para referirse a un cuadro que se presenta en niños y que es originado por los padres quienes "inventan" historias de enfermedad, basándose en síntomas y signos falseados. Los padres someten al niño a continuas exploraciones médicas; suministro de medicamentos, ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (Loredo Abdala, 1994).

Con respecto a este tipo de maltrato, se encuentra que entre los principales indicadores observables en los niños, están: síntomas persistentes de difícil

explicación en cuanto a su etiología, desaparición de los síntomas cuando el menor no está en contacto con su familia y absentismo escolar.

Otra forma de maltrato es el llamado Institucional. El Maltrato Institucional hace referencia a situaciones que se dan en ciertas organizaciones que atienden a menores y en las que por acción u omisión, por cualquier legislación o procedimiento no se respetan los derechos básicos a la protección, el cuidado y la estimulación del desarrollo (op. cit).

Entre los indicadores externos que se han destacado para este tipo de maltrato, se encuentran: peligro de la seguridad física del menor, discriminación, separaciones prolongadas o innecesarias del contexto familiar, autoridad despótica hacia el menor, falta de consideración de sus características evolutivas por parte del centro o institución en el que se encuentre el niño (escuela, hospital, centro de protección, etc.).

Otra forma en que se maltrata a los niños, es a través de la Explotación Laboral; la cual se entiende como aquella situación en la que para la obtención de un beneficio económico, se asigna al menor (con carácter obligatorio) la realización de trabajos que exceden los límites de lo habitual (y

que deberían ser realizados por adultos), e interfieren claramente en las actividades y necesidades escolares del niño.

Entre los indicadores de este tipo de malos tratos, se destaca: la participación del menor en actividades laborables, de forma continuada o por periodos de tiempo; que le impidan participar en las actividades sociales y académicas propias de su edad.

La Mendicidad, aparece como otra manera de maltrato a los niños. Esta, se refiere a toda situación en la que el niño es utilizado habitual o esporádicamente para mendigar, o también cuando el menor ejerce la mendicidad por iniciativa propia. En este caso, el indicador externo es claro, pues el menor pide limosna, sólo o acompañado.

La Corrupción, también figura entre las formas de maltrato y se refiere a aquellas conductas de los adultos que promueven en el menor pautas de conducta antisocial o desviada; particularmente en las áreas de la agresividad, la apropiación indebida, la sexualidad y el tráfico o el consumo de drogas. Entre los indicadores externos de este tipo de malos tratos, se encuentran: creación de drogodependencia en el menor, implicación del

menor en contactos sexuales con otros menores o adultos, estimulación hacia el robo y recompensa por conductas delictivas.

Por otra parte, también el Maltrato Prenatal, hace alusión a otra manera de malos tratos al menor. Este, se refiere a la falta de cuidado por acción u omisión del cuerpo de la futura madre, o autosuministro de sustancias o drogas que de una manera consciente o inconsciente perjudiquen al feto (crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, dependencia de droga, etc.). Evidentemente, entre los indicadores se encuentran: aparición, en el recién nacido, del síndrome alcohólico fetal o de síndrome de abstinencia; así como retrasos y problemas en su crecimiento.

Finalmente, la última forma de maltrato contemplada es el Retraso No Orgánico en el Desarrollo; que se refiere a aquellos casos en los que existen alteraciones en el desarrollo del niño sin que existan enfermedades orgánicas que lo ocasionen. Estas alteraciones pueden manifestarse en un peso, altura y diámetro craneal por debajo de lo normal en las tallas en que se recoge el crecimiento normativo, con una ganancia sustancial de peso durante la estancia en el hospital, y recuperación del retraso evolutivo en un ambiente con cuidados adecuados.

Este tipo de maltrato en ocasiones pasa inadvertido, y su detección se produce generalmente dentro del ámbito sanitario; apareciendo asociado a otros tipos de malos tratos como la negligencia o el maltrato emocional. Aquí, los indicadores más claros se refieren, como ya se mencionó en la definición, a alteraciones en el crecimiento.

Ahora bien, como señala Kempe (1985) un grupo importante de padres que maltrata o abusa de sus hijos han padecido en su infancia falta de afecto y maltrato. Esto suele asociarse a una insuficiente maduración psicológica para asumir el rol de crianza, inseguridad y perspectivas o expectativas que no se ajustan a lo que es de esperar en cada etapa evolutiva de sus hijos. Estas características psicológicas en sus padres, son un importante potencial de maltrato. De tal forma que " cualquier pequeño hecho de la vida cotidiana, todo comportamiento del niño que se considere irritante, si encuentra a su progenitor en situación de crisis, con escasas defensas anímicas y con dificultades para requerir apoyo externo, pueden desatar la violencia."

La Comisión Nacional de Derechos Humanos propone la siguiente definición: "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal de menor" (citado en Aguilar, 1992).

Con respecto a la anterior, Canton Duarte y Cortés Arboleda (1997), brindan las siguientes definiciones de desarrollo: El desarrollo normal se define en término de cada serie de competencias interrelacionadas, de tipo cognitivo, social y emocional. La competencia de un periodo evolutivo, que permite que el individuo se adapte mejor al ambiente, prepara el camino para la formación de la competencia en el estadio siguiente. Además el desarrollo normal implica la integración de las competencias tempranas en los modos de funcionamiento posteriores, por lo que la adaptación temprana tenderá a promover la adaptación e integración posteriores.

Gesell (1971), añade al respecto que el desarrollo, incluso el mental está íntimamente ligado a la maduración del sistema nervioso y éste a su vez a la constitución, vale decir a los rasgos y tendencias innatas que determinarán en cierta medida la futura capacidad de aprender. Pero no excluye la influencia del ambiente próximo y el medio social.

Por el contrario, el desarrollo patológico consiste en una falta de integración de las competencias cognitiva, social y emocional, que son importantes para lograr adaptarse en un determinado estadio. Dado que las estructuras tempranas se suelen incorporar en las estructuras posteriores, una desviación o trastorno temprano en el funcionamiento puede causar el surgimiento de mayores trastornos posteriores.

Como podrá observarse, el maltrato infantil puede producir alteraciones en el desarrollo del menor, las cuales pueden afectar sus estadios posteriores y menguar sus potencialidades, reduciéndolas a conductas inadaptadas en todas sus esferas. Una gran cantidad de niños que sobreviven tienen altas posibilidades de quedar lisiados, mentalmente retrasados, físicamente heridos sin remedio o psicológicamente afectados (citado en Rev. Salud Pública, 1998).

Por si fuera poco, y por desgracia, Fontana (1979) menciona que muchos niños maltratados tienden a desarrollar rasgos que los hacen antipáticos y, por lo tanto, más propicios al maltrato. Un niño a quien se cuida bien, refleja ese cuidado y, a su vez, atrae respuestas positivas. Es natural que los niños maltratados se vuelvan temerosos. A menudo reaccionan al maltrato en varias formas desagradables, que con frecuencia hacen difícil, incluso para los pediatras y las enfermeras experimentados, que respondan a ellos con el cordial y amoroso interés que desesperadamente necesitan.

Pueden actuar como si estuvieran seriamente e irreversiblemente retardados, aun cuando lo no estén, o ser libertinos en su conducta así como en su aspecto. Algunos son negativos, aduladores, pesimistas, llenos de odio reprimido. Otros son agresivos en su odio y golpean físicamente; dan puñetazos,

patadas, mordidas, etc. Los niños que no son salvados a edad temprana de los hogares donde se les maltrata, conservan esas características toda la vida. En la situación de hogar, pueden desarrollar enfermedades que los hacen aun menos atractivos y más difíciles de manejar. Se desarrollan, si es que lo hacen, con su retardo, su odio y el sentido de agresión que llevan dentro.

Lo anterior, sin olvidar que, contrariamente a lo que se cree: las injusticias, humillaciones, malos tratos y violencias de que ha sido víctima un ser humano, no se pierden, sino que siempre traen consecuencias. La única tragedia es que la repercusión de los malos tratos afecta a nuevas víctimas inocentes, aunque ellas mismas no recuerden luego esos tratos a nivel consciente (Miller, 1998).

Por otro lado, estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión. Por lo que, al hablar de consecuencias del maltrato en un niño se deben tomar en cuenta, los siguientes factores: factores del propio niño: como momento evolutivo en el que se encuentra el menor, su capacidad de autocontrol, su estilo atribucional, sus recursos personales, etc.; factores externos al niño: que forman un continuo de

factores interrelacionados, y van desde los más inmediatos como quién es el maltratador (un familiar, una persona del entorno pero no de la familia, un desconocido), el sistema familia (características, recursos, relación con el menor, apoyos que le ofrece, etc.), hasta los más lejanos como los relacionados con la cultura del grupo, pasando por otros como los apoyos sociales, red social, intervención psicosocial, etc. (Simon Rueda et al, 2000).

Por supuesto, sería necesario analizar todos los factores y las relaciones entre los mismos para poder determinar qué alteraciones en la conducta del menor se deben al maltrato. Todos los factores que hemos mencionado, suponen que aun habiendo sufrido un mismo tipo de maltrato las consecuencias del mismo en los niños son distintas. Factores tanto personales como relacionados con su entorno cercano y lejano pueden agravar pero también paliar de alguna forma los efectos del maltrato cuando hay una interacción adecuada con este entorno y unos buenos recursos personales y sociales a los que el menor y su familia accedan. Resumiendo, las consecuencias del maltrato no son las mismas en todas las personas, pues estas, están en función de diferentes factores, el más obvio, quizá, es el tipo de maltrato sufrido.

Se ha acumulado suficiente evidencia clínica para demostrar que la ausencia de afecto sostenido de parte de los progenitores puede producir en un

infante, un estado de infelicidad, inseguridad y frustración que puede conducir a la psicopatología (Fontana, 1979).

Como dice Polaino-Lorente (1988): "La familia constituye un ambiente importante, por lo que actuando como caja de resonancia cualquier pequeño conflicto que se suscite en su seno incidirá agigantando sus consecuencias sobre la conducta del niño"; agregando a lo anterior que "...las depresiones reactivas en la infancia parecen estar vinculadas a situaciones escolares y familiares insatisfactorias".

Loreda Abdala (1994), dice que cada menor expuesto a situaciones de maltrato posee características individuales, pasa por momentos especiales de su desarrollo y tiene relaciones únicas con sus figuras paternal y maternal; además, en su devenir de niño, contempla y vive experiencias particulares que dan un matiz muy personal a la vivencia del maltrato o del abuso. De manera semejante, en etapas posteriores de su desarrollo o durante ese vivir en una infancia maltratada, hay muchas otras vivencias y relaciones que lo influyen, agravando o mejorando sus temores, su autoestima, sus expectativas e ilusiones. A pesar de esa gama de variantes es posible tener algunos factores comunes en relación con el efecto que deja el maltrato en el área psíquica, cognoscitiva, social y de relación del niño.

Es decir, el maltrato infantil puede tener consecuencias en prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona que lo sufre. Así, estas pueden ser de tipo orgánico, social, afectivo e incluso de índole cognitiva. Tal vez la forma más clara de analizarlas es tener en cuenta la edad del niño, y por tanto los logros esperados en función de su estado evolutivo.

Por ejemplo, Graham en 1974 (citado en Polaino-Lorente, 1985), señala que desde hace mucho tiempo se cuenta con descripciones de síntomas de tristeza, o de otras reacciones ocasionadas por el maltrato, en niños pre-puberales.

Dentro de las manifestaciones psicológicas que se observan como consecuencia del maltrato físico, se encuentra en primer lugar una pobre autoestima, ya que son niños que han vivido con la constatación de que sus sentimientos y deseos internos no tienen importancia; por ejemplo, ellos crecieron sabiendo que a su madre no le importaba si él tenía sueño o tristeza y de igual manera vivió el trato poco respetuoso que le daban a su cuerpo, con la impresión de que él era un niño malo. No hay que olvidar que para el niño es muy difícil encontrar explicaciones o motivos para el rechazo, la agresión o la indiferencia, lo que ocasiona obviamente la confusión y el conflicto emocional. Hasta el punto que, se pueden considerar "merecedores del castigo" porque piensan que han hecho algo malo o desagradable.

Aunado a esa pobre autoestima, que se reflejará en todos los actos de su vida, se encuentra un escaso sentido de identidad, que aun cuando se reconozca como varón o mujer, le será más difícil sentirse integrado como una totalidad que crece y siente. Se percibe inadecuado en su cuerpo y en su inteligencia, torpe en sus sentimientos e inseguro de quien es. A esta fragilidad en la autoestima y en el sentido de la identidad se agrega cierta incapacidad para enfrentarse y dominar las situaciones críticas que se le presentan; en lo cotidiano se siente sobresaturado y desorganizado.

La inconstancia de la interacción madre-hijo proporciona al niño un sentido de la realidad poco confiable; él no puede utilizar sus recuerdos con claridad para prever qué consecuencias tendrá determinado acontecimiento; le es difícil establecer una relación objetiva de la realidad en función de sus experiencias. Por lo consiguiente, son niños y adultos que se hayan constantemente buscando claves sobre lo que está pasando en su ambiente y esto contribuye a ese cierto temor paranoide y de desconfianza que se observa a menudo en estas personas, ya sea en la edad infantil o adulta.

Recordemos que si la seguridad que proporciona la relación de apego contribuye al desarrollo cognitivo, social y personal del niño, influyendo en su autoestima, en la forma de enfrentarse a las situaciones, en la seguridad en sí mismo y en su entorno, así como en los modelos de interacción social que

elabora, y que guiarán en parte las relaciones futuras que se establezca; cuando esta relación es inexistente o es inadecuada todos estos factores se verán afectados de forma negativa. De hecho, la teoría del apego descrita por Ainsworth en 1980 (citado en Simón Rueda et al, 2000), considera que debido al maltrato infantil se producen graves alteraciones en el establecimiento y desarrollo de los vínculos afectivos en el niño, lo que a su vez origina en ellos alteraciones socio-emocionales.

Esta dificultad para coordinar y organizar su mundo interno de manera concordante a su realidad externa influye en el proceso simbólico, determinando en ocasiones problemas en el aprendizaje y en el desarrollo del lenguaje.

Una revisión sobre las consecuencias emocionales que el maltrato tiene en la primera infancia apunta a la producción de considerables repercusiones negativas en las capacidades de apego y en la autoestima del niño. Estas dificultades relacionales se manifiestan en la adolescencia con trastornos en la capacidad de adaptación social.

Cuando un niño se encuentra en un ambiente que no favorece las situaciones de aprendizaje e interacción que se acaban de mencionar,

cuando el adulto no le presta atención, y si lo hacen son frecuentes el rechazo, la minusvaloración, la burla, etc., va a originar en el niño unas expectativas muy bajas sobre su rendimiento, una baja autoestima, tendencia a no enfrentarse a tareas nuevas por miedo al fracaso o al rechazo, y si se enfrentan lo harán con ansiedad.

Además, el aislamiento y la soledad son características frecuentes en estos sujetos, así como las conductas de agresividad. Aun cuando estos niños crecen con esa constante necesidad de ser queridos, de sentirse parte de un ambiente, de ser aceptados por un grupo y de poder expresar sus sentimientos de enojo y agresión, no encuentran la manera fácil de hacerlo, terminando en el refugio de la soledad o en la adhesión a grupos parasociales. Citando a Erickson (1974), el niño que no juega es un niño dañado y en este sentido, el no estimular, respetar e involucrarse en el juego del niño constituye un maltrato emocional aunque difícil de probar.

La privación social ocasiona que los niños que la sufren sean personas muy dependientes de la aprobación de los demás, que necesiten ser reforzados por terceros, lo que a su vez limita su autonomía, con las lógicas repercusiones en la forma de relacionarse y enfrentarse a las tareas escolares (Díaz Aguado et al; citado en Simon Rueda et al, 2000).

Sumado a lo anterior, los niños maltratados se sienten poco satisfechos de sí mismos, por lo general piensan que son malos, antipáticos y tontos. No es raro que se les haga difícil divertirse y se preocupan mucho de la imagen de sí mismos" (Kempe, 1985).

Desde pequeños viven en el agobio de sentirse desaprobados y esto lo arrastran a su edad adulta, buscando cualquier aprobación de las personas que lo rodean. Con estos comportamientos, los niños escolares se hayan temerosos y en alerta para encontrar la aceptación de los maestros y de los demás compañeros, pero también para encontrar cualquier mínimo signo de desaprobación y de crítica. Existe una hipersensibilidad en cuanto a la identificación de cualquier manifestación de desaprobación. La respuesta a estos sentimientos es de depresión, enojo y desesperanza.

Kempe (1985) señala que el mejor modo que tienen muchos niños de obtener alimento, atención y cuidados en un ambiente hostil consiste en una total sumisión a los deseos de los padres aunque no todos los niños que han sufrido maltrato son dóciles y están ansiosos de agradar. Una cuarta parte son negativos, agresivos y con frecuencia hiperactivos.

A su vez, tanto niños como niñas que han sido expuestos a conductas de abuso sexual, presentan escasa autoestima y pobre sentido de identidad sexual. Los varones tienden a sentirse más avergonzados y denigrados por las experiencias infantiles de abuso sexual; las niñas tienden a sentirse denigradas y sucias. Ambos viven con un sentimiento, en ocasiones inconsciente, de miedo y coraje ante las figuras de autoridad y hacia aquellos de quienes se sintieron explotados y que ahora temen que puedan volver a hacerlo. En resumen, las manifestaciones de los menores agredidos sexualmente incluyen que son niños que tienden al aislamiento social y con escasas relaciones grupales (Loredo Abdala, 1994).

Los niños maltratados en comparación con otros niños de su edad que no han sufrido maltrato, tienden a ser más agresivos en sus relaciones con iguales. Así por ejemplo, aparecen con más frecuencia conductas como la agresión física, la amenaza, el insulto y la tendencia a no compartir las cosas con sus iguales. En 1982, Jacobson y Straker (citados en Simon Rueda et al, 2000) consideraron que las deficiencias en la interacción social de los niños maltratados respecto de los no maltratados se manifiestan tanto en la cantidad como en la calidad de las conductas de participación social. Es decir, no sólo interactúan menos sino que además cuando lo hacen es con menos entusiasmo, menos imaginación y con menos capacidad para disfrutar de esa relación.

Además, los niños maltratados tienen dificultades para interpretar de forma adecuada las claves sociales, lo que se traduce en una carencia de estrategias comportamentales para solucionar problemas interpersonales, y en una tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de otros niños; presentado comportamientos que pueden considerarse de falta de relación empática positiva. Por ejemplo, ante el sufrimiento de un igual, en algunos casos se ha encontrado que no muestran intenciones de consolar al niño que sufre, ni aparece en ellos preocupación ni tristeza como sería de esperar (op. cit).

Loredo Abdala (1994), menciona que como consecuencias importantes se encuentran reconocidos los efectos de retrasos madurativos del desarrollo, así como los trastornos cognitivos y las alteraciones conductuales; destacando los estados depresivos, los cuales aparecen precozmente en los primeros momentos del desarrollo evolutivo del niño como posteriormente en la adolescencia.

Por su parte, Casado Flores et al (1997), menciona que, además de lo anterior, entre los síntomas y trastornos que se pueden presentar en el niño, como consecuencias del maltrato se encuentran: enfermedades psicosomáticas de repetición, labilidad afectiva y trastornos del

comportamiento (alternancia entre agresividad-pasividad, dificultades en la esfera del control de impulsos, inhibición, desafectivización, etc.) y depresión e intentos de suicidio.

Simon Rueda et al (2000), coincide con lo anterior mencionando que los niños maltratados tienden a presentar más diagnósticos de trastornos de conducta, bajas expectativas respecto al futuro y sobre sí mismo, tendencia a utilizar la agresión y la autoagresión como medio para resolver sus problemas, baja autoestima y cuadros depresivos. Por ejemplo, los niños desarrollan síntomas depresivos al encontrarse ante una situación que no pueden controlar, en la que sus conductas son independientes del resultado y del comportamiento de los demás. Aviña Ortega y Rodríguez Cardozo (1981), menciona que la indefensión aprendida y los síntomas asociados a la depresión se empeorarán si el niño percibe las consecuencias aversivas como impredecibles y como eventos sobre los que no tiene control.

Los niños deprimidos se ven enojados, quejumbrosos; parecen aislados, presentan conductas destructivas y de abuso sobre otros niños; muestran excesiva o nula ansiedad ante los padres que se separan de ellos; constantemente están llamando la atención; existen problemas de aprendizaje y de rendimiento académico; son apáticos y con tendencia a

sufrir accidentes o estar inmersos en situaciones peligrosas (Loredo Abdala, 1994).

En estudios con niños maltratados psicológicamente algunos autores afirman que la interiorización de la desvalorización puede desembocar en cuadros depresivos y suicidio, especialmente en la adolescencia. Con respecto al suicidio Polaino-Lorente (1988) aclara "...sólo cuando la madre aparece y desaparece repetidas veces, induciría en el hijo los sentimientos típicos de depresión, que son capaces de manifestarse en la conducta". Y así mismo señala que la ansiedad de separación puede estar asociada a la depresión infantil, independientemente de que genere otras alteraciones comportamentales. Estos menores con frecuencia presentan una autoestima baja, sentimientos de culpa, soledad y resignación. Pueden percibir el mundo como hostil en donde sus expectativas sobre su futuro, si las tienen, son negativas.

En 1992 Toht, Manly y Cicchetti (citados en Simon Rueda et al, 2000), realizaron un estudio con niños maltratados y no maltratados, en el que encontraron una presencia de sintomatología depresiva en los niños maltratados. Por ejemplo, notaron que los niños maltratados con patrones de relación confusos con su madre presentaban una mayor sintomatología depresiva que los niños maltratados pero que mantenía una relación adecuada con su madre. Alonso-Fernández (2001) menciona que entre los

acontecimientos traumatizantes de acción más depresógena sobre los niños se encuentran: la separación de los padres, la privación afectiva, la muerte de un ser querido, el abuso sexual y el maltrato; ya que la depresión está implicada con mucha frecuencia en la violencia doméstica, bien como responsable o como consecuencia suya. Los factores que más hace presagiar el incremento de la violencia física en los depresivos son los acontecimientos de abuso o malos tratos.

Como puede verse, son muchos los autores que señalan como una de las consecuencias más importantes del maltrato, la presencia de la depresión. Y, para ser exactos, no ha sido sino hasta las últimas dos décadas, que se ha dado importancia a lo que se denomina "Depresión Infantil".

La palabra **depresión** proviene del latín depriere y significa hundimiento o abatimiento (op. cit). También, puede entenderse a la depresión como una enfermedad que se manifiesta al perder algún objeto o persona valorada, bajo una predisposición en la forma del pensamiento debida a cuestiones tanto genéticas como ambientales, teniendo efectos conductuales, psicológicos, biológicos y sociales.

Por otra parte, la depresión se puede entender como un síntoma (humor disfórico), como un síndrome (cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras) o como un desorden. El humor disfórico puede

surgir como un síntoma sin causa aparente, o bien aparecer como respuesta a un desajuste o a una importante pérdida, o incluso manifestarse sin que necesariamente haya de formar parte de un síndrome o desorden depresivo. La depresión como síndrome clínico, puede presentarse como algo primariamente bien delimitado o como una forma secundaria, asociada a otras alteraciones psicopatológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo, etc.). La depresión como desorden clínico tiene implicaciones más extensas y vagas que el concepto de síndrome depresivo, puesto que no sólo implica la posible existencia de un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, sino que manifiesta también ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta (Polaino-Lorente, 1988).

Cytryn y Mc Knew (citados en Calderón Narváez, 1994), clasifican a la depresión infantil en tres categorías: aguda, crónica y enmascarada. Los dos primeros cuadros presentan síntomas semejantes: mal rendimiento y adaptación en la escuela, alteraciones de los patrones del sueño y de la alimentación, sentimientos de miedo y desesperación, retardo psicomotor y, en ocasiones, ideas o intentos suicidas; con frecuencia pueden intercalarse periodos de agitación y ansiedad. El cuadro de la depresión enmascarada no se presenta en forma claramente reconocible, más bien aparece una gran variedad de alteraciones emocionales como: hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos, hipocondría y tendencia a la

delincuencia. Aquí, la depresión subyacente debe inferirse por la presencia de fantasías con fondo depresivo y manifestaciones periódicas de síntomas depresivos evidentes.

Así pues, la **depresión infantil** se refiere a todas aquellas conductas y sentimientos que se encuentran afectando el desarrollo normal y la capacidad de aprendizaje de un niño. Los niños entre los seis y los doce años de edad manifiestan la depresión a través de: infelicidad prolongada, ánimo sombrío, irritabilidad, socialización menguada, problemas para dormir, rabietas, aletargamiento, baja autoestima, desempeño escolar bajo, propensión a los accidentes, ideas de suicidio, fobias, ansiedad de separación, apatía, conducta agresiva, culpa y tristeza (Polaino-Lorente, 1988).

Alonso-Fernández (2001) propone que, objetivamente, se debe sospechar de presencia de depresión cuando se observe que los niños se vuelcan llorosos, silenciosos, solitarios, desobedientes, rebeldes, con sentimientos de indefensión y miedos, con escasa participación en juegos, con dificultad para concentrarse y aprender, con fracasos escolares y con dificultades para hacer amigos.

Por su parte, Mendelson (citado en Lieberman, 1981) revisó la literatura sobre depresión infantil y concluyó que, durante la infancia ocurren estados sostenidos de enfermedad depresiva, que son pasados por alto o diagnosticados como algo distinto. Él considera que los profesionales que se ocupan de los niños deben estar alertas ante las manifestaciones de los síntomas depresivos, pues no deben pasar por alto, entre otros, lo siguiente: pueden ser niños que muestran ansiedad y tristeza (que usualmente pueden ser reacciones a circunstancias externas y conflictos internos que los propios niños perciben como amenazas a su bienestar); que parecen desamparados, sin esperanza y apartados del contacto social; que caminan y actúan en forma lenta, que están angustiados; que fracasan en la escuela y tienen problemas sociales, así como dificultades para dormir y comer. Sin embargo, el concepto de depresión infantil ha sido objeto de muchas confusiones y controversias, motivadas en buena medida por la carencia de datos clínicos fiables y por las abundantes especulaciones teóricas a que ha estado sometida.

Por supuesto, no hay una respuesta única para explicar las causas de la depresión. Las razones para que este fenómeno se apodere de la vida de alguien pueden ser complejas y extremadamente difíciles de desentrañar. Entre las razones que se pueden considerar, suelen estar cierta confusión

complicada entre el pasado y el presente, y los giros y revueltas de la mente a lo largo de toda la vida. Sin embargo, como menciona Atkinson (1993), la depresión suele proceder de las respuestas dadas durante la infancia a determinados problemas (es decir, sus raíces pueden encontrarse claramente en el desarrollo de la infancia incluyendo todos aquellos eventos buenos y malos); pues, cuando somos niños, somos incapaces de entender el mundo y no podíamos evitar que las cuerdas con las que debíamos escalar se nos enredaran.

Aunque la mayoría de las investigaciones clínicas sobre la depresión han sido realizadas con adultos, los cuadros clínicos parecen ser muy semejantes o iguales en los niños expuestos a la violencia u otros factores estresantes. Es decir, ante determinados traumas, los niños pueden desarrollar muchos efectos duraderos en su psicología y comportamiento, y cambios clínicos, semejantes a los que experimentan los adultos (Grisoña, 1999).

A diferencia de los Modelos Psiquiátricos de la depresión que predominaban a principios del siglo pasado, el psicoanálisis enfatizó en la posibilidad de que las neurosis, y entre ellas la melancolía como la depresión, representaban un desorden cuyos síntomas partían de un origen psicológico, generalmente una experiencia traumática, y adquirirían un significado que

quedaba registrado en la memoria a manera inconsciente, debido a la acción de mecanismos de defensa como la negación o la represión del material doloroso o, de la pérdida acontecida.

A partir de la teoría general psicoanalítica de la neurosis, se puede mencionar que las primeras investigaciones de éste modelo consideraban a la melancolía (depresión), como la manifestación de una regresión en un individuo predispuesto a una fase temprana del desarrollo libidinal (fase oral) durante la cual, ciertas experiencias de abandono o de pérdida de figuras objetales, produjeron una profunda fijación debido a una sobre frustración traumática y una intensa sensación de odio, desamparo y tristeza, que tuvieron que ser negadas y reprimidas a manera de defensa (Hidalgo, 1998).

Freud (1912) al respecto incorpora el término de duelo en donde expone, que hay un registro de que hubo una pérdida, pues el principio de realidad le muestra que un objeto investido ya no existe más. Aparece entonces una inhibición y una restricción yoica: cesa de interesarse por el mundo externo en la medida en que no le recuerde lo perdido; de ahí la depresión.

Es a partir del reconocimiento de rasgos depresivos en los niños y paralelo al surgimiento de teorías del desarrollo normal de los niños que, se convierte

entonces en una de las principales funciones del analista de niños el detectar agentes patológicos.

Ana Freud (1927), al respecto, se dio a la tarea de plantear las Líneas de Desarrollo Infantil, con el propósito de conocer la interacción básica entre el ello y el yo. Así como los distintos niveles de desarrollo de los niños, en donde cada nivel alcanzado por edad constituye, no sólo la interacción entre los impulsos del ello y del desarrollo del yo, sino también del superyo, sus reacciones frente a las influencias del medio, es decir, entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración.

Por su parte, para Winnicott (1980) las fallas ambientales son la etiología principal de los distintos cuadros psicológicos. La maduración emocional del ser humano transcurre desde una etapa de dependencia absoluta a una independencia; el holding o sostenimiento y el falso y verdadero self. Donde, en el recorrido que el niño debe realizar para alcanzar la dependencia, la madre juega un papel fundamental, no solo para la conservación de la vida en términos biológicos, sino para la construcción de un mundo interno suficientemente integrado. La agresión del niño no responde únicamente a una vocación destructiva innata. Por el contrario, expresa una esperanza, la de ser amado y comprendido. Este es el puente que tiene la criatura hacia el

mundo externo. De la respuesta de la madre depende que pueda lograr una adecuada adaptación de la realidad.

Melanie Klein (Citado en Segal, 1975), señala que la posición depresiva surge cuando los procesos integradores del desarrollo del bebé se hacen más estables, la cual describe como la fase del desarrollo en la que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto. En la medida que el bebé pasa por experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, su yo se enriquece, aumenta su confianza en su propia capacidad de conservar o recuperar objetos buenos y su creencia en su propio amor y capacidades, mismas que propiciarán su adecuada adaptación al medio.

De ahí que la influencia de los primeros años sea decisiva para el buen desarrollo socio- emocional del infante. De tal manera que en el siguiente núcleo socializador, es decir la escuela, el niño obtenga nuevos elementos para su consecuente desarrollo.

Según Erickson (1976) cuando un niño ingresa a la escuela está en un punto de desarrollo en que la conducta está dominada por la curiosidad intelectual;

previamente establecida, la seguridad y confianza básica, que el niño debió adquirir en sus primeros años.

Como puede entenderse, la escuela es una de las unidades de socialización más importantes para el niño. Digamos que el papel de la familia es crítico hasta que el niño empieza la escuela; pues ésta y sus compañeros tienen efectos cada vez mayores en su desarrollo. Tomando en cuenta lo anterior, se destaca la importancia y necesidad de aprovechar este escenario como base para la detección temprana de cualquier forma de maltrato; pues como dice Gallardo Cruz et al (1998) la institución escolar se presenta como el lugar idóneo para el desarrollo y la aplicación de programas de prevención primaria de distintos contenidos; ya que, la mayoría de la población pasa por la institución escolar. Además de que los niños que siguen la escolarización normal pasan gran parte de su tiempo en la escuela y esto durante bastantes años de su vida, considerados, por otra parte, fundamentales para el desarrollo de su personalidad; y de ahí el elevado impacto que supone llevar a cabo acciones preventivas en la escuela.

La escuela es la primera institución social de la comunidad que sirve al niño, que necesariamente influye en el desarrollo infantil, sobre todo en las relaciones interpersonales con compañeros y adultos, en las actitudes hacia sí mismo y hacia los otros, en la capacidad para percibirse a sí mismo, etc.

Y, si se pone en marcha una estrategia preventiva acertada, el impacto a largo plazo implica efectos beneficiosos para una gran cantidad de niños y generaciones siguientes.

Además, agrega que el estudio de la adaptación escolar del niño en general y del niño maltratado en particular, es relevante por diversas razones. Una de ellas es que esta adaptación escolar y académica guarda estrecha relación con la adaptación general del niño, ya que el trabajo escolar y la vida en el aula requiere del desarrollo de capacidades de autocontrol, autodisciplina, habilidades de relación con iguales y adultos, seguimiento de las normas y sujeción a la autoridad del profesor, entre otras de carácter cognitivo o intelectual. De modo que el éxito académico revela un desarrollo normalizado en sus logros cognitivos, sociales y emocionales, y la adaptación escolar presupone una adaptación general.

Los niños maltratados presentan determinados rasgos distintivos comunes (en la mayoría de los casos), que unidos a la presencia de lesiones físicas muestran claras evidencias de un severo maltrato. Generalmente el niño maltratado presenta un aspecto triste, indiferente, temeroso o asustadizo y descuidado; es notorio su mal estado general, como consecuencia de traumatismos y negligencias, tanto afectivas como alimenticias.

Muestran trastornos de conducta tales como micción involuntaria o enuresis, debilidad mental, encefalopatías y anemias agudas. Además de observarse que la proximidad de un adulto causa terror y/o agresividad en el niño (Osornio y Nieto, 1993).

Kempe (1985) señala que el niño en edad escolar procura mantener en secreto el maltrato por temor a que se rompa su familia y porque no saben cómo podría cambiar esta situación.

Además, presentan muchos problemas en el centro escolar porque dan muestras de inadaptación en el mismo. Por ejemplo, puede observarse en ellos, escasa atención, frecuente hiperactividad, deterioro cognitivo, apatía, pasividad y actitud desafiante con sus propios maestros, hostilidad y agresividad hacia sus compañeros, depresión, mal humor o negativismo, todo lo cual conlleva a un mal rendimiento académico.

De manera general, todos los rasgos anteriores pueden resultar muestras claras de maltrato; sin embargo y siendo más específicos, cada tipo de maltrato trae por sí mismo ciertas consecuencias observables. Una de ellas: la depresión.

IV. MÉTODO

1. Planteamiento y Justificación del Problema.

Las estadísticas acerca del maltrato físico de los niños son alarmantes. Se estima que cientos de miles de niños han recibido abuso y maltrato en manos de sus padres o parientes. Miles mueren. Los que sobreviven al abuso, viven marcados por el trauma emocional, que perdura mucho después de que los moretones físicos hayan desaparecido.

El reconocer y dar tratamiento inmediato es importante para minimizar los efectos a largo plazo causados por el abuso o maltrato físico.

En 1997, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), reportó 25,259 casos de violencia contra menores. En el 41% de los casos el agresor fue la madre, en 22% el padre, y en 12% de los casos la madrastra o el padrastro ([http:// www.dif.gob.mx/menores/maltrato](http://www.dif.gob.mx/menores/maltrato)).

De acuerdo con cifras del Consejo de Asistencia y Prevención de Violencia Familiar (CAVI), agencias especializadas de menores y delitos sexuales, así

como de las Unidades de Atención a Violencia familiar, los niños sufren más el drama familiar por estar indefensos y en manos de su agresor. La única defensa, en el caso de presentarse la denuncia, es la sanción penal.

En su informe anual de 1996 la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) manifiesta que en México uno de los causales del abuso sexual infantil es debido al aumento de las tensiones socioeconómicas y del desempleo, disminución de salario, etc. En 1995 se estimaba que la población menor de 19 años en México representaba 47% del total de los habitantes del país y que el grupo de 0 a 4 años correspondía a 25.8% por lo que su preocupación son los niños de grupos vulnerables a enfermedades infecciosas, desnutrición y abuso (Rev. Salud Pública 1997:39-539-54).

Al respecto, también se cuenta con la información reportada por las Agencias Especializadas de Delitos Sexuales en el Distrito Federal. Los datos generados por estas agencias muestran que, de enero a mayo de 1995, del total de víctimas de delito sexual, 90% eran mujeres (22% menores de edad y 48% mujeres de 13 a 24 años de edad). De las mujeres en edad fértil víctimas de violación, de acuerdo a las cifras de estas mismas agencias, el 12% registró como consecuencia un embarazo. En tanto, el abuso sexual en niños y adolescentes es cada día más frecuentemente reportado. Se sabe que el abuso sexual es cometido por algún individuo a quien el niño o

adolescente conoce desde antes, y se sabe que esto ocurre entre 75% y 80% de los casos; y en el 50% de los casos son parientes como los padres, ya sean los biológicos o padrastros, novios de las madres, tíos, abuelos, hermanos, etc. Se dice que es más probable que los niños sufran agresiones fuera del hogar por personas no familiares, incluyendo entrenadores, cuidadores y profesores. Pero otros autores refieren, que los abusos sexuales en la infancia son los ocasionados por algún familiar (incesto).

Las víctimas del abuso sexual proceden de todos los grupos socioeconómicos y de todas las razas. Aproximadamente el 75% de las víctimas son niñas y el 25% son niños. Pero algunos investigadores creen que las estadísticas respecto a los niños son erróneamente bajas, ya que los niños son menos comunicativos que las niñas. Regularmente existe la evidencia de que el agresor es siempre mayor que sus víctimas. Es frecuente que el incesto se repita con las sucesivas hijas. Los culpables son, el 99% de las veces varones; las mujeres suelen perpetrar estos abusos más a menudo en guarderías y escuelas. La incidencia en padrastros es aproximadamente cinco veces superior a la observada en padres biológicos (<http://www.gire.org.mx/violación/df.html>).

Según estadísticas del Instituto Nacional de Salud Pública, una tercera parte de los niños abusados sexualmente son menores de 6 años, el otro tercio tienen entre 6 y 12 años, y el tercio restante tiene entre 16 y 18 años de edad. Así mismo el abuso sexual se ha identificado con una frecuencia creciente desde la década de los 80's en parte porque ha aumentado el conocimiento médico de la anatomía anogenital en los niños y demás estudios para poder llegar a un diagnóstico médico definitivo o final (citado en Rev. Salud Pública 1997:39-539-545).

En otras cifras ofrecidas por el CAVI, en el año 2000 se estimaba que: el 6% de los atacantes son conocidos, familiares o no; y en 35% de los casos registrados el ataque proviene de un desconocido, en donde 20% es el tío, el 17.1% el padrastro y el 15.4% el padre; el 14.5% es el esposo y el 13.6% el primo de la víctima; 24.8% vecinos de las víctimas, 14.7% el novio y el 12.5% es el amigo de la víctima. Se encontraron sobrios 9 de cada 10 casos, y el 94% de las víctimas refiere un estado físico de sobriedad. Respecto al lugar de los hechos, 30.7% de las agresiones ocurrieron en el domicilio del agresor, el 18% en el domicilio de la víctima y el 13.3% en la calle (CAVI, 2001).

Por otra parte, en el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) del Centro de Servicios

Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, se atendieron de 1994 a febrero de 2001 a 664 pacientes; de los cuales 385 casos fueron sobrevivientes de abuso sexual; 129 de violación a adultas; 127 de abuso sexual a menores y 23 de violencia doméstica.

Entre otras cifras, en el año 2000 aumentó a 4.13 el promedio diario de casos recibidos en la PGJDF sobre abuso sexual; mientras que el promedio diario hasta febrero del 2002 fue de 3.10.

Cifras más recientes del DIF (2001) indican un decremento en las denuncias por maltrato infantil, reportándose entonces, 22 mil 463, de las cuales lograron comprobarse 12 mil 375, en las que casi una tercera parte las víctimas eran lactantes.

En Niñotel, línea telefónica a través de la cual se denuncia el maltrato infantil y su tipo, reporta que el mayor número de llamadas registradas es la agresión física por golpes. Así, se reportaron 103 llamadas de maltrato a niños de 0 a 4 años de edad; 86 de infantes de 5 a 9 años; 77 telefonemas de menores de 10 a 14 años, y 177 llamadas de adolescentes de 15 a 19 años. Es decir, la mayor agresión la sufren los más pequeños y los mayores.

En un intento por acatar el ordenamiento internacional, México elaboró la Ley de Asistencia y Prevención para la Atención de la Violencia Familiar. Sólo en 16 entidades federativas se cuenta con una legislación en materia de violencia familiar, entre ellos sobresalen Querétaro, Guerrero, Morelos y Jalisco. En este último, era la Iglesia la que se oponía con la excusa de que tratar el tema era terminar con la integridad de los hogares (op. cit).

Otras estadísticas nos muestran que el D.F., ocupa el primer lugar con 16 mil menores en la calle, de los cuales el 7% abandonó para siempre a su familia, huyendo de la violencia que existe en casa, de los golpes y malos tratos de sus padres, y que ahora se encuentran en la calle como vendedores ambulantes, limpiando parabrisas o realizando alguna otra actividad (op. cit).

La Procuraduría de Justicia del Distrito Federal señala que a mediados de 1997, existían en todo el país 235 mil menores infractores. Los delitos más comunes eran robo, daño a la propiedad privada, lesiones y drogadicción.

Las cifras registradas son contundentes, y sigue siendo preocupante el gran número de casos no denunciados. Entre los factores que explican esta situación tiene gran importancia el que los agresores sean familiares o

conocidos de la víctima, ya que estas ofrecen resistencias a denunciar un asunto que consideran privado o bien por vergüenza, culpa, temor a las represalias o lealtad. Otro factor que viene cobrando peso es la negligencia e incapacidad de las instancias procuradoras de justicia para atender y dar seguimiento a estos delitos.

Cifras más recientes del DIF indican que de enero a marzo de 2003 han sido atendidos 1856 niños, de los cuales 40% han sido menores de 12 años, el 35% niños de 12 a 15 años y el 25% de 15 a 18 años, de los cuales el 10% presentó quemaduras como parte del maltrato (<http://www.dif.gob.mx/menores/maltrato>).

Lo anterior sólo por mencionar algunas de las consecuencias más importantes del maltrato físico. Ante esto, debemos mencionar el maltrato emocional por sí mismo, pues las malas palabras o los insultos a veces pueden causar mayor daño que los propios golpes o lesiones. El maltrato emocional puede notarse, por ejemplo, por un comportamiento pasivo, agresivo o de retirada, baja autoestima, poca confianza sobre los demás, poco respeto hacia la autoridad y pobres interrelaciones para con sus iguales. Y, como puede notarse, ninguna de las cuestiones anteriores puede pasarse por alto.

Se ha comprobado que la más importante consecuencia que se haya dentro de la población que ha sufrido o sufre maltrato, se encuentra la depresión (manifestada a través de sus principales rasgos). Así, estudios recientes como el de Polaino-Lorente en 1988 muestran que 1 de cada 33 niños que sufren maltrato, pueden sufrir de depresión.

Mientras que la incidencia de depresión en los adolescentes es similar a la de los adultos y puede ser tanto como 1 de cada 8.

Ante las cifras mencionadas y teniendo en cuenta que el ciclo de violencia empieza precisamente cuando el maltrato no es descubierto, puesto en evidencia y contenido, se plantea la necesidad de detectar precozmente el maltrato en el ámbito escolar.

Considerando la importancia de lo anterior y recordando que después del hogar, la escuela representa el lugar donde los niños pasan la mayor parte del tiempo y que ella ejerce una influencia importante en la crianza y desarrollo del niño, así como en su vida familiar; creemos que es necesario utilizar este ámbito para la detección y prevención del maltrato infantil de manera cuidadosa y temprana; pues si el maltrato hacia los niños no es

manejado adecuadamente, seguramente traerá consecuencias extremas y, dentro de éstas, una de las más importantes la depresión.

Es entonces, que el presente trabajo pretende abordar el maltrato infantil desde sus manifestaciones depresivas, pretendiendo ser un preámbulo para la futura intervención con los niños, padres y maestros.

2. Hipótesis

a) Hipótesis de trabajo

- Se detectará al menos un 30% de maltrato infantil a través de indicadores depresivos.
- El bajo rendimiento escolar se relaciona significativamente con el maltrato infantil.
- La baja autoestima se relaciona significativamente con el maltrato infantil.
- La agresividad se relaciona significativamente con el maltrato infantil.
- Los sentimientos de temor se relacionan significativamente con el maltrato infantil.

- El sentimiento de culpa se relaciona significativamente con el maltrato infantil.

b) Hipótesis Alternas:

- Los rasgos depresivos pueden ser generados por condiciones ajenas al maltrato infantil.
- El bajo rendimiento escolar se debe a las técnicas de enseñanza utilizadas por los profesores.
- La baja autoestima en los niños se debe a que son poco reconocidos por su ambiente familiar y/o social.
- La agresividad que manifiestan los niños se debe a la falta de establecimiento de límites.
- Los sentimientos de temor que presentan los niños son resultado que la violencia social actual.
- Los sentimientos de culpa en los niños son resultado del reconocimiento de sus propias faltas.

c) Hipótesis nulas:

- No se detectará maltrato infantil.
- El bajo rendimiento escolar no se relaciona significativamente con el maltrato infantil.
- La baja autoestima no se relaciona significativamente con el maltrato infantil.
- La agresividad no se relaciona significativamente con el maltrato infantil.
- Los sentimientos de temor no se relacionan significativamente con el maltrato infantil.
- El sentimiento de culpa. no se relaciona significativamente con el maltrato infantil.

3. Variables

Variable Independiente = Depresión.

Definición Conceptual: La depresión se puede entender como un síntoma (humor disfórico), como un síndrome (cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras) o como un desorden. El humor

disfórico puede surgir como un síntoma sin causa aparente, o bien aparecer como respuesta a un desajuste o a una importante pérdida, o incluso manifestarse sin que necesariamente haya de formar parte de un síndrome o desorden depresivo (Polaino-Lorente, 1988).

Definición operacional: La depresión se manifiesta a través de: tristeza persistente, pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas, desesperanza, aburrimiento y falta de energía, pérdida de interés en sus actividades favoritas; o incapacidad para disfrutar de ellas, deterioro en los estudios y concentración deficiente, aislamiento social, problemas para relacionarse, baja autoestima y sentimientos de culpabilidad, temor extremo, alta sensibilidad al fracaso y al rechazo, hostilidad y agresividad persistente.

Variable Dependiente = Maltrato infantil.

Definición Conceptual. "Persona humana que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas, mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que, por cualquier motivo, tengan relación con ella" (Osornio y Nieto, 1993).

Definición Operacional. Cualquier lesión física infringida al niño/a (hematomas, quemaduras, fracturas, u otras lesiones); no satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto a alimento, abrigo o no actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño; niños/as habitualmente ridiculizados, insultados, regañados o menospreciados; sometidos en forma permanente a presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia; contactos o acciones recíprocas entre un niño/a y un adulto, en los que el niño/a está siendo usado para gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado.

4. Objetivos

Objetivo General:

Detectar maltrato infantil en los niños de de 2º a 6º grado de la Escuela Primaria "Alfredo Bernardo Nobe!".

Objetivos Específicos:

- Detectar maltrato infantil para poder intervenir con los padres de familia, niños y maestros.
- Identificar la relación entre maltrato infantil y depresión.

- Identificar problemáticas en áreas socioafectivas y cognitivas de los niños.
- Plantear una alternativa preventiva de maltrato infantil.

5. Sujetos

215 niños de 2º a 6º grado de la Escuela Primaria "Alfredo Bernardo Nobel" (107 niñas y 108 niños, de nivel socioeconómico de medio a medio-bajo).

6. Tipo de estudio

Se trata de un Estudio de campo, de tipo pre-experimental, inductivo-deductivo y transversal dentro de una Institución Pública Educativa de nivel básico.

7. Material

- Doscientos quince cuestionarios piloto (no validados) diseñados a partir de 31 reactivos. Dichos reactivos abordan algunas repercusiones clínicas propias del maltrato, como son: bajo rendimiento escolar, baja autoestima, agresividad, temores y sentimientos de culpa, los cuales a su vez son rasgos característicos de depresión.
- Cincuenta lápices de carbón del número dos.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

8. Procedimiento

- Se elaboró un cuestionario piloto de respuestas cerradas, compuesto por 31 reactivos.
- Se solicitó autorización a la institución educativa para trabajar con los niños, presentándoles el proyecto.
- Se solicitó a los profesores una lista de los niños que a su criterio presentaran problemas dentro de la actividad escolar.
- Se aplicó el cuestionario indicando a los niños que tenían que contestar las 31 preguntas, de manera individual, tachando SÍ o NO, de acuerdo a su situación particular.
- Se tabularon los resultados y se realizó un análisis porcentual de los mismos.
- Se compararon los resultados del cuestionario con la información que aportaron los maestros.
- Se entregaron los resultados obtenidos a las autoridades de la escuela y al Departamento de USAER.

V. RESULTADOS

El **2do grado** representa el **18.60%** de la población estudiada (40 niños), en dicho grado se encontró como porcentaje promedio de indicadores depresivos el **26.13%**; es decir, que de 31 reactivos del cuestionario piloto, los niños contestaron en promedio a 8 de cualquiera de los reactivos considerados indicadores de maltrato. Dentro de este grupo el porcentaje mayor equivalente al número de indicadores depresivos fue de **61.29%**, esto es, que el niño que obtuvo el puntaje más alto, contestó a **19 reactivos** de los considerados indicadores. Encontrándose **dos casos** en los que **ningún reactivo indicador** hacía referencia a la situación particular de los niños; es decir, obtuvieron **0.0%**.

En el **3er grado** el porcentaje promedio de indicadores depresivos fue de **19.97%**, es decir, el promedio de reactivos indicadores fue de 6, representando este grupo al **28.97%** de la población estudiada (58 niños). El porcentaje mayor fue de **51.61%** (un solo caso) que equivale a haber contestado a **16 reactivos indicadores**. El menor porcentaje fue de **3.23%**, presentándose **dos casos** en los que sólo **1 reactivo indicador** representaba la situación particular de los niños.

El **4to grado** representa el **24.18%** de la población (52 niños). Aquí el porcentaje mayor fue de **61.29%** (un solo caso) con **19 reactivos**

indicadores y el menor fue de **0.0%**; es decir, **ningún reactivo indicador** registrado (un solo caso). Se detectó como promedio un **23.90%** de indicadores de maltrato infantil, que equivale a haber contestado a **7** indicadores depresivos en promedio.

En el **5to grado** se detectó un promedio de **21.53%** de indicadores de maltrato infantil, es decir, que los niños contestaron un promedio de 7 indicadores depresivos, de los 31 reactivos del cuestionario. Este grado constituye el **17.20%** de la población estudiada (37 niños). El porcentaje mayor fue de **45.16%**, que equivale a haber contestado a **14 reactivos indicadores** de los 31 de que consta el cuestionario, y presentándose un caso en el que **0.0%** fue el resultado, es decir, ningún reactivo indicador representaba la situación particular del niño.

En el **6to grado**, conformado por 28 niños que constituyen el **13.02%** de la población total estudiada, se encontró como porcentaje promedio de indicadores depresivos el **29.15%**, equivalente a un promedio de **9 reactivos**, siendo el porcentaje mayor registrado el **67.74%** que corresponde a haber contestado a **21** de 31 **reactivos indicadores**, habiendo en uno de los casos el **0.0%**, es decir, ningún reactivo indicador representaba la situación particular del niño.

El porcentaje promedio de indicadores depresivos en la **población total de maltrato**, fue de **23.43 %**, es decir, que los **215 niños estudiados** contestaron en **promedio a 7** de cualquiera de los indicadores depresivos.

De los 31 reactivos indicadores, el **reactivo** que obtuvo un **porcentaje más alto** fue la **pregunta número 26** ("¿Tienes miedo de que tus padres o personas que te cuidan mueran?"), con un **73.95%**; es decir, **159 niños** contestaron afirmativamente a esta pregunta. Así mismo el **reactivo indicador número 8** ("¿Te sientes sucio o sucia?") obtuvo **1.86%**, es decir, sólo en **4 casos** el reactivo indicador representó la situación particular de los niños.

TABLA 1. PORCENTAJES DE INDICADORES DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 2DO GRADO.

SUJETO	AÑO	GRUPO	NO. DE LISTA	INDICADORES	INDICE	%
1	2	A	3	4	0.13	12.90
2	2	A	4	4	0.13	12.90
3	2	A	5	8	0.26	25.81
4	2	A	6	10	0.32	32.26
5	2	A	7	11	0.35	35.48
6	2	A	8	13	0.42	41.94
7	2	A	9	6	0.19	19.35
8	2	A	10	6	0.16	16.13
9	2	A	11	6	0.19	19.35
10	2	A	12	18	0.58	58.06
11	2	A	13	10	0.32	32.26
12	2	A	14	17	0.55	54.84
13	2	A	15	7	0.23	22.96
14	2	A	16	19	0.61	61.29
15	2	A	17	9	0.29	29.03
16	2	A	18	10	0.32	32.26
17	2	A	19	9	0.19	19.35
18	2	A	20	4	0.13	12.90
19	2	A	22	10	0.32	32.26
20	2	A	23	12	0.39	38.71
21	2	A	24	14	0.45	45.16
22	2	A	25	14	0.45	45.16
23	2	B	1	2	0.06	6.45
24	2	B	4	6	0.19	19.35
25	2	B	6	6	0.19	19.35
26	2	B	7	12	0.39	38.71
27	2	B	8	9	0.26	25.81
28	2	B	9	10	0.32	32.26
29	2	B	12	8	0.26	25.81
30	2	B	14	0	0.00	0.00
31	2	B	15	1	0.32	32.26
32	2	B	18	10	0.32	32.26
33	2	B	17	5	0.16	16.13
34	2	B	18	6	0.19	19.35
35	2	B	19	6	0.19	19.35
36	2	B	22	5	0.16	16.13
37	2	B	23	3	0.10	9.68
38	2	B	24	0	0.00	0.00
39	2	B	25	3	0.10	9.68
40	2	B	27	7	0.23	22.96
40	niños=18.60%			7.88		26.13

Tabla 1. Muestra el número de indicadores, índice y porcentaje obtenido de cada sujeto de 2do grado, así como el porcentaje total obtenido por grado y el número que representa esta muestra dentro de la población.

**TESIS
FALLA DE OÍEN**

TABLA 2. PORCENTAJES DE INDICADORES DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 3ER GRADO.

SUJETO	AÑO	GRUPO	NO. DE LISTA	INDICADORES	INDICE	%
41	3	A	1	11	0.35	35.48
42	3	A	2	4	0.13	12.90
43	3	A	3	3	0.10	9.68
44	3	A	4	9	0.29	29.03
45	3	A	5	4	0.13	12.90
46	3	A	6	4	0.13	12.90
47	3	A	7	3	0.10	9.68
48	3	A	8	6	0.19	19.35
49	3	A	9	3	0.10	9.68
50	3	A	10	4	0.13	12.90
51	3	A	12	3	0.10	9.68
52	3	A	13	5	0.16	16.13
53	3	A	14	8	0.29	29.03
54	3	A	16	8	0.26	25.81
55	3	A	17	3	0.10	9.68
56	3	A	18	15	0.48	48.39
57	3	A	19	8	0.19	19.35
58	3	A	20	15	0.48	48.39
59	3	A	21	2	0.06	6.45
60	3	A	22	9	0.29	29.03
61	3	A	23	4	0.13	12.90
62	3	A	25	5	0.16	16.13
63	3	A	26	2	0.06	6.45
64	3	A	27	1	0.03	3.23
65	3	A	28	4	0.13	12.90
66	3	A	29	7	0.23	22.59
67	3	A	30	8	0.26	25.81
68	3	A	32	9	0.29	29.03
69	3	A	33	5	0.16	16.13
70	3	A	34	4	0.13	12.90
71	3	A	35	9	0.29	29.03
72	3	B	2	6	0.19	19.35
73	3	B	3	6	0.16	16.13
74	3	B	4	9	0.29	29.03
75	3	B	6	1	0.03	3.23
76	3	B	7	2	0.06	6.45
77	3	B	8	10	0.32	32.26
78	3	B	9	3	0.10	9.68
79	3	B	10	14	0.45	45.16
80	3	B	11	5	0.16	16.13
81	3	B	13	3	0.10	9.68
82	3	B	14	5	0.16	16.13
83	3	B	15	8	0.26	25.81
84	3	B	16	9	0.29	29.03
85	3	B	17	4	0.13	12.90
86	3	B	20	5	0.16	16.13
87	3	B	23	16	0.52	51.61
88	3	B	26	5	0.16	16.13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

88	3	B	27	8	0.26	25.81
89	3	B	28	7	0.23	22.58
90	3	B	29	10	0.32	32.26
91	3	B	30	7	0.23	22.58
92	3	B	31	9	0.29	29.03
93	3	B	32	5	0.16	16.13
94	3	B	33	8	0.26	25.81
95	3	B	34	4	0.13	12.90
96	3	B	35	2	0.06	6.45
97	3	B	36	5	0.16	16.13
98	3	B				
58 niños = 26.97%				6.19		19.97

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 2. Muestra el número de indicadores, Índice y porcentaje obtenido de cada sujeto de 3er grado, así como el porcentaje total obtenido por grado y el número que representa esta muestra dentro de la población.

TABLA 3. PORCENTAJES DE INDICADORES DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 4TO GRADO.

SUJETO	AÑO	GRUPO	NO. DE LISTA	INDICADORES	INDICE	%
99	4	A	1	13	0.42	41.94
100	4	A	2	5	0.16	16.13
101	4	A	3	13	0.42	41.94
102	4	A	4	1	0.03	3.23
103	4	A	5	8	0.26	25.81
104	4	A	7	5	0.16	16.13
105	4	A	9	8	0.19	19.35
106	4	A	10	10	0.52	51.61
107	4	A	11	3	0.10	9.68
108	4	A	12	9	0.29	29.03
109	4	A	13	6	0.19	19.35
110	4	A	14	6	0.19	19.35
111	4	A	16	8	0.26	25.81
112	4	A	17	0	0.00	0.00
113	4	A	18	5	0.16	16.13
114	4	A	19	13	0.42	41.94
115	4	A	20	10	0.32	32.26
116	4	A	21	1	0.03	3.23
117	4	A	22	11	0.35	35.48
118	4	A	23	7	0.23	22.58
119	4	A	24	9	0.29	29.03
120	4	A	25	8	0.26	25.81
121	4	A	27	10	0.32	32.26
122	4	A	28	1	0.03	3.23
123	4	A	29	5	0.16	16.13
124	4	A	30	5	0.16	16.13
125	4	A	31	8	0.19	19.35
126	4	A	32	11	0.35	35.48
127	4	A	33	8	0.26	25.81
128	4	B	2	18	0.58	58.06
129	4	B	5	1	0.03	3.23
130	4	B	6	3	0.10	9.68
131	4	B	7	9	0.29	29.03
132	4	B	8	11	0.35	35.48
133	4	B	9	2	0.06	6.45
134	4	B	10	7	0.23	23.33
135	4	B	12	10	0.32	32.26
136	4	B	14	4	0.13	12.90
137	4	B	15	4	0.13	12.90
138	4	B	16	3	0.10	9.68
139	4	B	17	8	0.26	25.81
140	4	B	18	5	0.16	16.13

TESIS
FALLA DE ORIGEN

141	4	B	20	2	0.06	6.45
142	4	B	22	11	0.35	35.48
143	4	B	23	12	0.39	38.71
144	4	B	24	7	0.23	22.58
145	4	B	25	7	0.23	22.58
146	4	B	26	6	0.19	18.35
147	4	B	28	7	0.23	22.58
148	4	B	29	11	0.35	35.48
149	4	B	31	9	0.29	29.03
150	4	B	32	19	0.61	61.29
52 niños=24.18%				9,10		29.38

Tabla 3. Muestra el número de indicadores, índice y porcentaje obtenido de cada sujeto de 4to grado, así como el porcentaje total obtenido por grado y el número que representa esta muestra dentro de la población.

TABLA 4. PORCENTAJES DE INDICADORES DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 5TO GRADO.

SUJETO	AÑO	GRUPO	NO. DE LISTA	INDICADORES	INDICE	%
151	5	A	1	11	0.35	35.48
152	5	A	2	5	0.16	16.13
153	5	A	3	3	0.10	9.68
154	5	A	5	12	0.39	38.71
155	5	A	6	2	0.06	6.45
156	5	A	7	5	0.18	18.13
157	5	A	8	1	0.03	3.23
158	5	A	9	4	0.13	12.90
159	5	A	10	7	0.23	22.56
160	5	A	11	9	0.29	29.03
161	5	A	12	13	0.42	41.64
162	5	A	14	14	0.45	45.16
163	5	A	15	6	0.19	19.35
164	5	A	16	8	0.26	25.81
165	5	A	17	5	0.16	16.13
166	5	A	18	8	0.26	25.81
167	5	A	20	7	0.23	22.56
168	5	A	22	6	0.26	25.81
169	5	A	23	11	0.35	35.48
170	5	A	24	3	0.10	9.68
171	5	B	1	8	0.26	25.81
172	5	B	2	6	0.19	19.35
173	5	B	3	9	0.29	29.03
174	5	B	4	11	0.35	35.48
175	5	B	5	5	0.16	16.13
176	5	B	7	4	0.13	12.90
177	5	B	8	3	0.10	9.68
178	5	B	10	2	0.07	6.45
179	5	B	11	8	0.26	25.81
180	5	B	12	2	0.06	6.45
181	5	B	14	10	0.32	32.26
182	5	B	16	10	0.32	32.26
183	5	B	18	0	0.00	0.00
184	5	B	17	1	0.03	3.23
185	5	B	18	7	0.23	22.56
186	5	B	19	10	0.32	32.26
187	5	B	21	9	0.29	29.03
37niños=17.20%				6.68		21.63

Tabla 4. Muestra el número de indicadores, índice y porcentaje obtenido de cada sujeto de 5to grado, así como el porcentaje total obtenido por grado y el número que representa esta muestra dentro de la población.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 5. PORCENTAJES DE INDICADORES DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 6TO GRADO.

SUJETO	AÑO	GRUPO	NO. DE LISTA	INDICADORES	INDICE	%
188	6	A	3	6	0.19	19.35
189	6	A	4	6	0.19	19.35
190	6	A	5	16	0.52	51.61
191	6	A	7	5	0.16	16.13
192	6	A	8	9	0.29	29.03
193	6	A	11	2	0.06	6.45
194	6	A	13	9	0.29	29.03
195	6	A	16	10	0.32	32.26
196	6	A	17	0	0.00	0.00
197	6	A	26	11	0.35	35.48
198	6	A	28	7	0.23	22.58
199	6	A	29	13	0.42	41.94
200	6	A	32	8	0.26	26.81
201	6	A	33	13	0.42	41.94
202	6	B	1	8	0.26	25.81
203	6	B	2	3	0.10	9.68
204	6	B	9	6	0.19	19.35
205	6	B	10	16	0.52	51.61
206	6	B	12	4	0.13	12.90
207	6	B	14	20	0.65	64.52
208	6	B	18	7	0.23	22.58
209	6	B	23	8	0.26	25.81
210	6	B	24	8	0.26	25.81
211	6	B	25	10	0.32	32.26
212	6	B	34	21	0.68	67.74
213	6	B	35	10	0.32	32.26
214	6	B	37	4	0.13	12.90
215	6	B	38	13	0.42	41.94
28 niños=13.02%				9.04		29.16

TESIS
FALLA DE ORIGEN

Tabla 5. Muestra el número de indicadores, índice y porcentaje obtenido de cada sujeto de 6to grado, así como el porcentaje total obtenido por grupo y el número que represente esta muestra dentro de la población.

GRÁFICO 1. INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

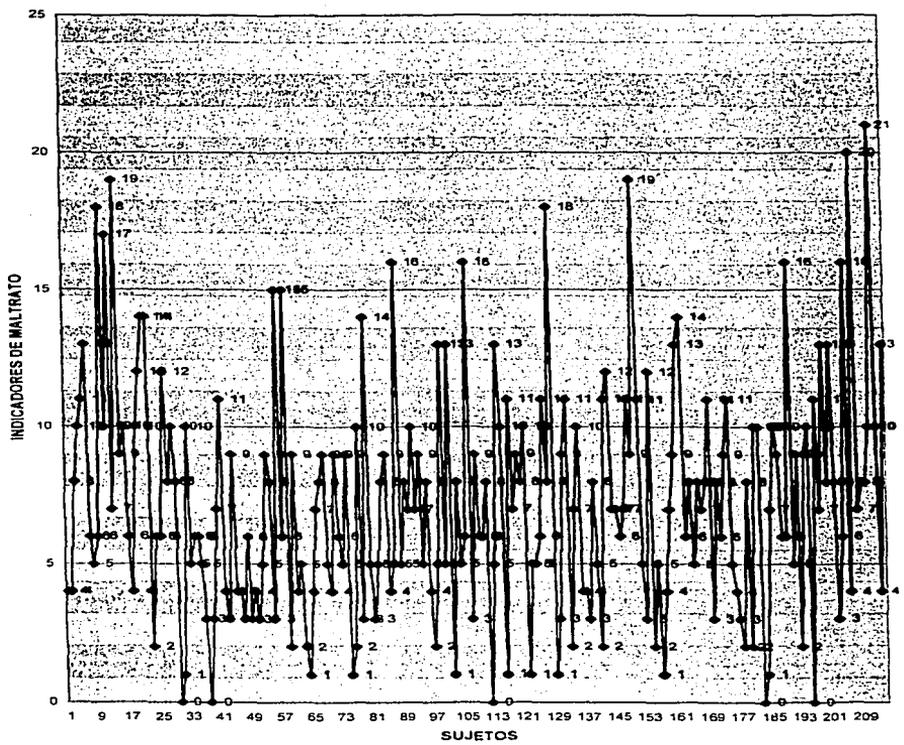
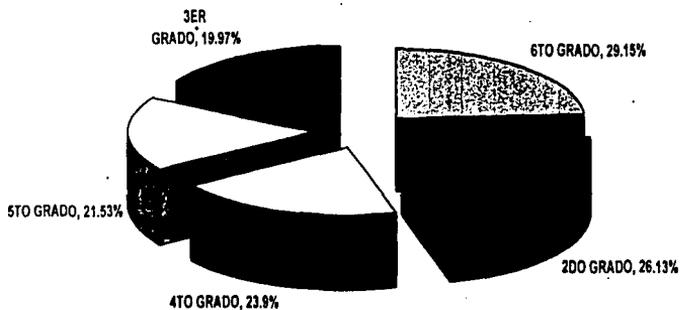


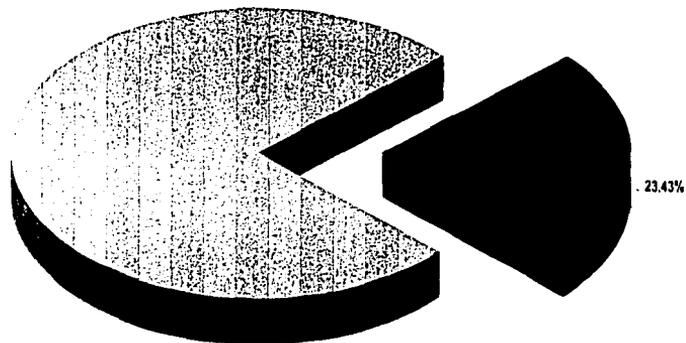
Gráfico. 1. Muestra el número de indicadores de indicadores depresivos por sujeto, siendo el mayor puntaje encontrado 18 y el menor puntaje encontrado 0.

GRÁFICO 2. PORCENTAJES PROMEDIO DE INDICADORES DEPRESIVOS
EN CADA GRADO ESCOLAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE INDICADORES DEPRESIVOS EN LA POBLACIÓN TOTAL



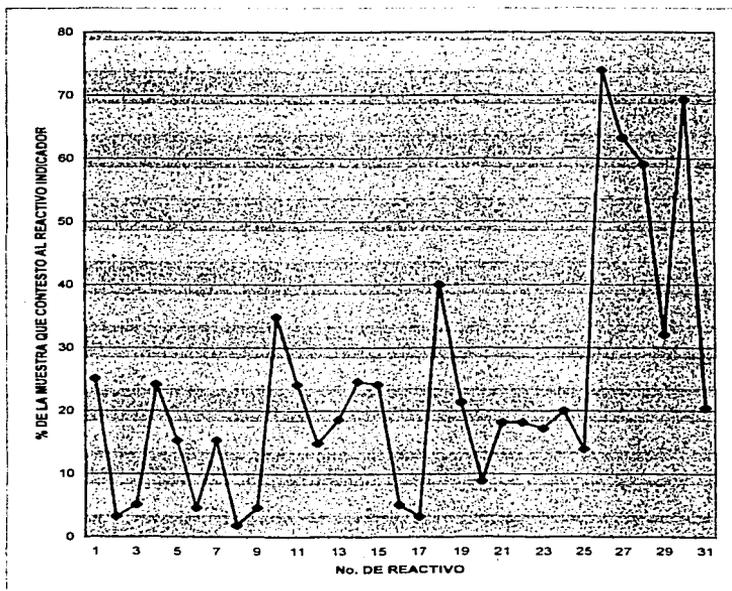
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 6. PORCENTAJES OBTENIDOS POR REACTIVO INDICADOR.

No. DE REACTIVO	REACTIVO INDICADOR	# DE SUJETOS	PORCENTAJE
1	SI	54	25.12
2	NO	7	3.26
3	SI	11	5.12
4	SI	52	24.19
5	SI	33	15.35
6	SI	10	4.65
7	SI	33	15.35
8	SI	4	1.86
9	SI	10	4.65
10	SI	75	34.88
11	SI	52	24.19
12	SI	32	14.88
13	SI	40	18.60
14	SI	53	24.66
15	SI	52	24.19
16	NO	11	5.12
17	SI	7	3.26
18	SI	86	40.00
19	SI	46	21.40
20	SI	19	8.84
21	SI	39	18.14
22	SI	39	18.14
23	SI	37	17.21
24	SI	43	20.00
25	SI	30	13.95
26	SI	159	73.85
27	SI	135	63.26
28	SI	127	59.07
29	SI	59	27.99
30	SI	149	69.30
31	SI	44	20.47

Tabla 6. Muestra el número de sujetos en que el reactivo indicador correspondió a la situación particular de cada niño y el porcentaje equivalente.

GRÁFICO 4. PORCENTAJES OBTENIDOS POR CADA REACTIVO INDICADOR.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfico 4. Muestra el porcentaje obtenido de cada uno de los reactivos del cuestionario piloto de acuerdo a las respuestas dadas por los sujetos.

TABLA 7. PORCENTAJE OBTENIDO EN CADA REACTIVO INDICADOR DE MALTRATO INFANTIL

26. ¿Tienes miedo de que tus padres o personas que te cuidan mueran?
159 NIÑOS = 73.95%
30. ¿Tienes miedo de que te maten?
149 NIÑOS = 69.30%
27. ¿Tienes miedo de que tus padres o personas que te cuidan te abandonen?
136 NIÑOS = 63.26%
28. ¿Sueñas cosas feas o que te dan miedo?
127 NIÑOS = 59.07%
18. ¿Casi siempre te sientes cansado o cansada?
86 NIÑOS = 40%
10. ¿Cuando hay problemas en casa, piensas que tú tienes la culpa?
75 NIÑOS = 34.88%
29. ¿Tienes un secreto desagradable que no te atreves a contarle a nadie?
69 NIÑOS = 32.09%
1. ¿Tienes malas calificaciones?
54 NIÑOS = 25.12%
14. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?
53 NIÑOS = 24.65%
11. ¿A veces te sientes mal por cosas que han hecho los demás y crees que son tu culpa?
52 NIÑOS = 24.19%
4. ¿Te cuesta trabajo aprender lo que te enseñan tus maestros?
52 NIÑOS = 24.19%
15. ¿Prefieres estar solo o sola?
52 NIÑOS = 24.19%
19. ¿A veces has querido morir?
46 NIÑOS = 21.40%
31. ¿Casi siempre tienes miedo?
44 NIÑOS = 20.47%

TECIC CON
FALLA DE ORIGEN

24. ¿Gritas o dices malas palabras a los demás?
43 NIÑOS = 20%
13. ¿Sientes o has sentido que tus padres o personas que te cuidan no te quieren?
40 NIÑOS = 18.60%
22. ¿Te peleas muy seguido?
39 NIÑOS = 18.14%
21. ¿Te sientes enojado o enojada?
39 NIÑOS = 18.14%
23. ¿Has lastimado o querido lastimar a alguien?
37 NIÑOS = 17.21%
5. ¿Piensas que eres malo o mala?
33 NIÑOS = 16.35%
7. ¿Piensas que eres feo o fea?
33 NIÑOS = 15.35%
12. ¿Muchas veces sientes que a tus padres o a las personas cercanas a ti no les gusta estar contigo o que les estorbas?
32 NIÑOS = 14.88%
25. ¿Les tienes miedo a tus padres o personas que te cuidan?
30 NIÑOS = 13.95%
20. ¿Alguna vez has pensado en matarte?
19 NIÑOS = 8.84%
16. ¿Te gusta jugar?
11 NIÑOS = 5.12%
3. ¿La pasas mal en la escuela?
11 NIÑOS = 5.12%
9. ¿La pasas mal en tu casa?
10 NIÑOS = 4.65%
6. ¿Piensas que eres tonto o tonta?
10 NIÑOS = 4.65%
17. ¿La vida es horrible?
7 NIÑOS = 3.26%
2. ¿Entiendes poco de lo que te enseñan en la escuela?

7 NIÑOS = 3.26%

8. Te sienten sucio o sucia?

4 NIÑOS = 1.86%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 7. Muestra el porcentaje obtenido en cada reactivo indicador de maltrato infantil y el número de niños que contestaron a dichos reactivos.

VI. DISCUSIÓN

La agresión al humano por el humano, es parte habitual de la existencia, todos la sufrimos y todos la realizamos. Las causas de ella aparentes o reales, conocidas o sospechosas, varían con el tipo de agresión, el agresor y el agredido, e involucra no sólo a los individuos en particular, sino a la sociedad que lo permite, condiciona, modifica y determina (Marcovich, 1981). La agresión al niño por el adulto puede ser tan sutil o tan viciosa, como lo que acontece entre los mayores; y tan frecuente que, paradójicamente pasa desapercibida y se halla tan enraizada en nuestro modo de ser, que la justificamos.

Es por lo anterior y por las barreras existentes para la detección de maltrato, que creemos que el 23.43% de población que contestó a los reactivos indicadores, es por sí misma una cifra notable y preocupante. Los resultados encontrados dentro de esta población, apuntan a la presencia de repercusiones en las esferas socioafectivas y cognoscitivas de los pequeños, sin dejar de lado que cualitativamente cada indicador es importante.

A partir de los resultados obtenidos podemos observar que los reactivos en el cuestionario comprendidos dentro de los indicadores correspondientes a temores o miedos, ocuparon el índice más alto. Así se tiene que el reactivo indicador número 26 ("¿Tienes miedo de que tus padres o personas que te cuidan se

mueran?"), presentó un 73.95% y el reactivo indicador número 30 ("¿Tienes miedo de que te maten?"), obtuvo un 69.30%; con lo cual consideramos que los niños manifestaron en alto grado: temores de muerte, de abandono y preocupación por su integridad física y de las personas cercanas a él. El niño que es sometido a maltrato se siente amenazado por el medio ambiente, creándose en él un estado de alerta en donde su yo al ser quebrantado se vuelca vulnerable de alguna manera, se siente perseguido, creándose en él un sentimiento de que algo desagradable como la muerte o el abandono puede ocurrirle. Esto, sin olvidar que lo anterior puede deberse a la ausencia real de un ser querido, manifestándose así como depresión reactiva. Por otro lado, desde una perspectiva psicoanalítica, el niño que ha sido maltratado puede mostrar deseos destructivos o bien, deseos inconscientes de muerte hacia aquellos que lo victimizan.

Calderón Narvaez (1994), menciona que el temor no siempre se manifiesta de forma precisa; el niño puede referir sentir miedo, pero no puede explicar a qué, pudiendo ser a "todo" o a "nada en especial". En ocasiones puede referirse a alguna circunstancia relacionada con el principio de sus molestias, o bien aparece ante situaciones de lo más disímiles (salir a la calle, bañarse, etc). Lo que es importante mencionar es el hecho de que la presencia de este rasgo, limita en forma considerable sus actividades.

También, encontramos que los niños presentaron rasgos como son: fatiga, aislamiento, tristeza y sentimientos de soledad o de ser rechazados. Con lo

anterior podemos suponer que los niños al manifestar estos rasgos, reflejan una posición de desgano o apatía frente al mundo que los somete o bien los segrega. Esto puede desembocar en una primera representación, en el surgimiento de características que pudiesen devenir más tarde, en el menor de los casos, en la falta de habilidades sociales o en casos extremos en sociopatías.

Sobre este punto, Beezley (citado en Marcovich, 1981), analizó 58 casos de niños maltratados y encontró que son niños que crecen en un mundo de apatía y desconfianza, con un concepto de infravaloración; que no son aceptados, que no se les quiere; lo que genera ante la sociedad, una actitud de desconfianza y hostilidad, estando incapacitados para establecer relaciones interpersonales.

Por otro lado, los indicadores concernientes a sentimientos de culpa, ocuparon un lugar importante dentro de las respuestas dadas por la población estudiada. Desde un enfoque psicoanalítico, el sentimiento de culpa surge a partir de que al ser el sujeto donde recae la acción de maltrato, es él el que ha introyectado que ha sido merecedor del maltrato y no conforme a ello, de lo que del maltrato surja. Es decir, en el niño maltratado comienza a operar el mecanismo de identificación proyectiva, en donde, el niño se percibe como merecedor del maltrato, se identifica con el victimario y entre sus deseos de destrucción, surge el sentimiento de haber realizado o pensado algo desagradable, de ahí la culpa. Es decir, el sentimiento de culpa se puede manifestar en dos direcciones: a partir de lo que sucede en el exterior, esto es, ocurre algo desagradable que es percibido como algo que se

originó porque el niño piensa hizo algo; o bien, el niño se atribuye a partir de deseos destructivos surgidos de manera intrapsíquica, lo ocurrido en el exterior, por lo cual merece el castigo.

Sobre el punto anterior, Calderón Narváez (1994) señala que las ideas de culpa son elementos frecuentes en la depresión. La mala opinión que el niño tiene de sí mismo se manifiesta por frases como: "me he vuelto muy malo", "soy nefasto para los demás", "me he transformado en una carga inútil", "no merezco que se ocupen de mí, ya que sólo origino hostilidad y repulsión", etc. Estas ideas de indignidad a veces se acompañan de sentimientos verdaderos de culpa, apoyados en una falla real, pero trivial. Con frecuencia, se extiende en el niño un profundo pesimismo al mundo que lo rodea.

Es decir, normalmente tiene una sensación de incapacidad que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con el sufrimiento. Por otra parte, tiene la creencia de que cualquier acción que ejecute va a tener un resultado negativo. No actúa por temor a que el resultado previsto le vaya a originar más dolor aun del que actualmente percibe; espera que los acontecimientos negativos ya presentes continúen por tiempo indefinido y empeoren en el futuro. En consecuencia se encuentra atrapado en la red de su incapacidad, él mismo no puede hacer nada para obtener el tipo de satisfacción que desea, nada va a tomar un giro favorable, ni siquiera con la intervención de otra persona.

Según Grinberg (1994) los sentimientos más importantes de la culpa son: la preocupación por el objeto y por el Yo, la pena, la nostalgia y la responsabilidad. Así mismo menciona que las personas con sentimientos de culpa, se rigen por atemporalidad, en donde el pasado y el presente se confunden, y las principales emociones que intervienen son: el resentimiento, el dolor, la desesperación, el temor, los autorreproches, etc.

En tanto, la agresión constituyó uno de los rasgos a identificar. Los niños se manifestaron enojados, hostiles e irritados. La agresión, es algo que los niños maltratados conocen y como tal la han introyectado y proyectado más tarde de manera reactiva o indiscriminada ante el medio ambiente, sin olvidar los rasgos autodestructivos que pudieran presentarse. No obstante, también comprendemos la agresión en los niños como un patrón de conducta que se sigue por imitación, esta puede surgir ante la imposibilidad de controlar su medio y así mismo como una medida de supervivencia (ante el miedo y/o ante el enojo). Es entonces como la agresividad se pone de manifiesto dentro de una temprana fase que de no ser tratada a tiempo, pudiese devenir más tarde en criminalidad.

En cuanto a la criminalidad Klein (1975) ha afirmado que los niños que muestran tendencias asociales y criminales y que las actúan una y otra vez, eran quienes más temían una cruel represalia de sus padres como castigos de sus fantasías agresivas dirigidas contra esos mismos padres.

A su vez Fontana (1979), afirma que de igual modo que la mayoría de los niños maltratados ayer son los padres maltratadores de hoy, los niños maltratados de hoy serán los padres maltratadores de mañana. Esto se repite de generación en generación: el maltrato fomenta maltrato, la violencia alimenta la violencia y un horror da lugar a otro. Si estamos sometidos a maltrato, nos desintegramos bajo la presión y aprendemos de nuestros agresores a serlo también.

En el mismo sentido, y retomando los escritos de Freud (1914) sobre "recordar, repetir y reelaborar", el ciclo de violencia puede estar dado en virtud de lo que aquél que maltrata reproduce de su pasado reprimido; es decir, ahora actúa el maltrato recibido, maltratando también.

Por otro lado, los reactivos con menor porcentaje de incidencia fueron el número 8 ("¿Te sientes sucio (a)?") con un 1.86% y los reactivos número: 17 ("¿La vida es horrible?") y reactivo número 2 ("¿Entiendes poco de lo que te enseñan en la escuela?") ambos con un 3.26%; lo cual nos permite observar en el primer caso, que el reactivo 8, que es una constante detectada a partir de la experiencia clínica que se ha tenido sobre abuso sexual, pudiese representar a un segmento específico que haya sido maltratado bajo la tipificación, sin que dicho reactivo sea significativo para el grueso de esta población. En cuanto al reactivo número 17 se podría entender que los niños no presentan una apreciación fatalista de la vida o bien no la hacen consciente; sin embargo, el reactivo 19 ("¿A veces has querido morir?") y el reactivo 20 ("¿Alguna vez has pensado en matarte?") obtuvieron entre

los dos el 30.24% de relación con la situación particular de los niños, lo cual nos sugiere, que los niños bien podrían estar negando lo hostil que les parece vivir. Por otra parte, los niños, reportan en su mayoría sí entender lo que se les explica en la escuela, sin embargo no lo reflejan en tanto que consideran, tienen malas calificaciones. Las aseveraciones en torno a los reactivos indicadores de más baja incidencia están al margen del pertinente estudio sobre la confiabilidad de cada reactivo.

Asimismo, se encontró que el rango de edad en el que se detectó el mayor número de indicadores depresivos de maltrato infantil, oscila entre los 11 y 12 años de edad (es decir, correspondiente al sexto grado escolar). Lo cual puede deberse, a que los niños a esta edad, presentan una mayor conciencia de que han sido maltratados y aceptan o comprenden que necesitan ayuda, y por ello, son más abiertos para indicar respuestas que dejan conocer su problemática. Y, por supuesto, lo anterior sumado al hecho de que cuentan con más recursos para expresar su situación.

Al respecto, Alonso-Fernández (2001), señala que los infantes de 10 años o menos suelen encontrar grandes dificultades para entender y expresar los síntomas depresivos. A su vez, Sabanés (1990) menciona que los niños pocas veces poseen mecanismos de conocimiento suficiente para verbalizar sus estados de ánimo.

A partir de lo anterior podemos observar que el maltrato afecta distintas esferas socioafectivas, repercutiendo de manera directa en la naturaleza intrapsíquica del infante: frenando su desarrollo, creando desconfianza del mundo circundante y de sí mismo, mermando sus intereses, confinando al niño a un estado que altera su estructura yóica y que finalmente reincide en la conformación de su personalidad.

Esto es, el niño que ha sido maltratado, se ve inmerso en conflictos relacionados con su seguridad, su interacción con los otros, la forma en que percibe y se percibe así mismo, y su funcionamiento de manera general. La depresión deviene entonces como una respuesta ante aquello que se siente perdido ante la acción maltratadora, y que constituía su más seguro resguardo: la familia, los maestros, la sociedad. De tal modo que la depresión surge como una acción agresiva y que se vuelve contra sí mismo.

Finalmente, creemos importante señalar que no todos los niños se ven afectados igualmente por el maltrato. Se debe tomar en cuenta la existencia de los denominados niños "invulnerables", que Arruabarrena y De Paúl (1994) definen como niños que experimentan situaciones graves de malos tratos, pero que no presentan ningún problema en su desarrollo ni a corto ni a largo plazo. En cualquier caso, lo que sí resulta evidente es que hay factores o circunstancias del propio niño y de su entorno que mediatizan el efecto potencialmente negativo de los malos tratos; y tal mediatización no solamente se refiere a la minimización de dicho efecto, sino también a su incremento.

VII. CONCLUSIONES

Son múltiples las definiciones de maltrato infantil ofrecidas por los diversos autores que han investigado este tema. Algunas de ellas, dejan en claro lo que se refiere conceptualmente a este fenómeno, pero ninguna de ellas, por lo menos hasta hoy, puede mostrar una forma sencilla para poder abordarlo. Y es que hablar de maltrato infantil, mueve las más finas fibras de la sensibilidad, poniendo de manifiesto una situación real y palpable, a la que no podemos darle la espalda; pues a veces esas situaciones desapercibidas, son verdaderamente importantes y lacerantes para los pequeños, y capaces de dejar huellas imborrables.

El involucrarse en esta problemática es complicado porque inmediatamente se hace una conexión al inconsciente de maltratados y maltratadores; niños, profesores, padres de familia e investigadores. Lo abordamos entonces desde sus consecuencias, las que no podemos ver a simple vista (en muchos casos) porque son subjetivas, las que aún así dejan huellas en el proceso cognoscitivo, emocional, social, afectivo del ser humano.

En un intento por acercarnos al tema de maltrato infantil, el presente estudio pretendió ofrecer una forma factible de detección temprana, que permitiera facilitar su identificación y a partir de ello, brindar una posibilidad de intervención y tratamiento; a través de los cuales pudieran generarse alternativas en pro de

disminuir, en lo posible, las terribles consecuencias de los malos tratos en la infancia.

Normalmente, estamos acostumbrados a pensar en términos de castigo físico o maltrato corporal cuando se habla de agresión o maltrato; sin embargo, si analizamos el desarrollo infantil desde el momento de la concepción, encontraremos que existen innumerables situaciones capaces de afectar el desarrollo normal de un niño, las cuales deben considerarse como manifestaciones de maltrato.

Son estos pues, los resultados obtenidos: los niños manifiestan miedo de que sus padres o personas que lo cuidan mueran, tienen miedo de que los maten, de ser abandonados por sus padres o cuidadores, sueñan cosas feas o que les dan miedo, niños que casi siempre se sienten cansados, que cuando tienen problemas en casa piensan que ellos tienen la culpa, que tienen un secreto desagradable que no se atreven a contarle a nadie, que han lastimado o querido lastimar a alguien, que les cuesta trabajo aprenderse lo que les enseñan sus maestros y que muchas veces sienten que a sus padres o a las personas cercanas no les gusta estar con ellos o que les estorban; estos, son los resultados gruesos del presente trabajo de investigación. De manera más expresa, los reactivos indicadores más significativos obtenidos del piloteo a través de nuestro cuestionario. Considerando que cada reactivo de nuestro cuestionario es cualitativamente importante, cabe resaltar que

algunos niños del estudio, a veces han querido morir y otros, o bien los mismos, han pensado en matarse.

Los niños problema que así fueron reportados como un antecedente del estudio por sus profesores, son percibidos dentro del aula, por personal docente y compañeros -en casa probablemente-, como: "burros", "flojos", "inquietos", "tontos", "tímidos", "agresivos", "groseros", o bien, "transgresores", "inteligentes más que el resto", etc. ; etiquetas que les son impuestas en la cotidianidad, sin considerar que estos niños, traen consigo una historia vivencial, tal vez caótica, que se ha tomado en depresión. Por supuesto, esto no es tomado en cuenta, pues ante la urgencia escolarizada de "educar", de controlar y señalar a aquel que se encuentre por abajo o por encima de la media aceptablemente comportable; sin entender que tal vez, aquel niño problema que hoy transgrede, que hoy irrita, que no es como los demás niños porque no juega, no disfruta, no rinde, se ve triste, se ve inseguro, es pues, víctima de maltrato.

En este espacio pretendemos expresar la parte clínica que abarcamos en el marco referencial y que se relaciona con el impacto producido por el cuestionario utilizado; el cual salta del silencio abrumador a la risa nerviosa, hasta los comentarios que realizaron los niños post-aplicación. Fue de algún modo penetrar en lo que acontece en los hogares, escuelas, etc.; pero que no se exterioriza, no se admite y no se parece a lo vivido y que, sin embargo, es una constante en la crianza de la niñez en México. Patrones de maltrato que encierran siglos de

círculos de violencia en donde, la crianza es confundida con la impartición de temor desmedido, de golpes que no sanan aunque desaparezcan, de abandono, de negligencia, de abuso o de cualquiera que sea la tipificación de maltrato. El punto es, que los niños ante lo abrumador de este fenómeno social e individual (que cada vez se diversifica y pluraliza más) han mostrado una respuesta de temor, infelicidad, desaliento, etc, que bien, si es detectada a tiempo puede mejorar la calidad del infante.

Como puede notarse, los rasgos antes mencionados no pueden pasarse por alto, pues están indicando alteraciones que afectan el desenvolvimiento normal de la vida de los niños que los están presentando y que, por tanto, no le permiten crecer. Estas son las insidiosas heridas con las invisibles cicatrices, cicatrices que se hacen visibles a medida que el niño se convierte en adulto.

Sabemos que los resultados obtenidos a través del cuestionario piloto utilizado, permitirá un acercamiento a esta extendida y abrumadora problemática, y, aún con el entendido de que el cuestionario no cumple con los criterios científicos de confiabilidad y validez (en tanto no es un instrumento validado), sí es un primer intento para la detección de maltrato, presentándose como una importante aproximación para el desarrollo posterior de un instrumento que facilite la detección de maltrato infantil en el ámbito escolar.

Sin lugar a dudas, no basta con este estudio piloto para dar solución a la problemática del maltrato infantil; pero por lo menos, aquí se ponen de manifiesto una serie de rasgos que en múltiples ocasiones son minimizados y que bien pudieran ser llamadas de alerta para ser atendidas y, en un caso extremo, para salvar la vida de un niño o niña.

Hay que recordar que los niños maltratados se encuentran en un refrigerador emocional en el que escasean o faltan el afecto y los mimos, por lo que verán al mundo como un lugar frío y hostil; y en donde probablemente ejerzan un comportamiento delictivo, como represalias contra el mundo. Además de inflingirse daño adicional a sí mismo, en el proceso de expresión de su resentimiento.

VIII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Se sugiere la aplicación de dicho cuestionario a una población identificada como maltratada, con la finalidad de validarlo y darle confiabilidad en pro de la construcción de un instrumento eficaz para la detección del maltrato.

Se recomienda continuar con el desarrollo del *"Modelo de Intervención permanente para la detección, prevención y tratamiento del maltrato infantil"*, investigación generada a partir del presente trabajo, a fin de ofrecer la posibilidad de dar seguimiento a dicha problemática.

Una limitación del estudio fue el hecho de no haber considerado al primer grado como parte de la población estudiada, ya que resultaba inadecuada la aplicación de un cuestionario escrito por el nivel de lectoescritura que manejan en ese momento. De manera que se recomienda innovar dentro del campo de detección de maltrato infantil, a partir de un instrumento que contemple la posibilidad de incluir también a los niños más pequeños.

Resultó también, una limitante, la inexistencia de un instrumento ya validado para la detección de maltrato y como consecuencia, el uso del cuestionario piloto utilizado.

IX. APORTACIONES

Sin duda alguna, la aportación más importante que se desprende de este estudio, es el intento por detectar, de manera temprana, el maltrato infantil (a través de esta primera fase del cuestionario piloto) dentro del ámbito escolar con el propósito de abordar este tema con expectativas de prevención e intervención. Así como verter información e identificar si las repercusiones clínicas observadas en el quehacer experimental, obedecen a rasgos depresivos como posibles indicadores de maltrato infantil.

Otra aportación importante es el de sentar las bases, a partir de nuestros resultados, para continuar con esta investigación y establecer una intervención adecuada con niños, padres y maestros. Hecho que se está consolidando a partir del *“Modelo de Intervención permanente para la Exploración, Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil y la Violencia Intrafamiliar, en medio escolar incluyendo el abuso sexual, de primero a sexto grado de primaria. Un enfoque psicoanalítico”*; consistente en la instauración del Servicio Social dentro de la Escuela Alfredo Bernardo Nobel, apoyo a padres y profesores, elaboración tesis; así como Prácticas Profesionales por parte de estudiantes de la Escuela de Pedagogía de la UNAM.

Finalmente, la importancia de dar pie a la creación de un instrumento eficaz y validado, que hasta entonces no existe y que proyectamos, en un futuro, surja a partir de este estudio piloto, para la detección del maltrato infantil.

X. ANEXO 1**CUESTIONARIO**

<i>PREGUNTAS</i>	<i>RESPUESTAS</i>	
1. ¿Tienes malas calificaciones?	SI ()	NO ()
2. ¿Entiendes poco de lo que te enseñan en la escuela?	SI ()	NO ()
3. ¿La pasas mal en la escuela?	SI ()	NO ()
4. ¿Te cuesta trabajo aprenderte lo que te enseñan tus maestros?	SI ()	NO ()
5. ¿Piensas que eres malo o mala?	SI ()	NO ()
6. ¿Piensas que eres tonto o tonta?	SI ()	NO ()
7. ¿Piensas que eres feo o fea?	SI ()	NO ()
8. ¿Te sientes sucio o sucia?	SI ()	NO ()
9. ¿La pasas mal en tu casa?	SI ()	NO ()
10. ¿Cuando hay problemas en casa, piensas que tú tienes la culpa?	SI ()	NO ()

11. ¿A veces te sientes mal por cosas que han hecho los demás y crees que son tu culpa?	SI ()	NO ()
12. ¿Muchas veces sientes que a tus padres o a las personas cercanas a ti no les gusta estar contigo o que les estorbas?	SI ()	NO ()
13. ¿Sientes o has sentido que tus padres o personas que te cuidan no te quieren?	SI ()	NO ()
14. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	SI ()	NO ()
15. ¿Prefieres estar solo o sola?	SI ()	NO ()
16. ¿Te gusta jugar?	SI ()	NO ()
17. ¿La vida es horrible?	SI ()	NO ()
18. ¿Casi siempre te sientes cansado o cansada?	SI ()	NO ()
19. ¿A veces has querido morir?	SI ()	NO ()
20. ¿Alguna vez has pensado en matarte?	SI ()	NO ()
21. ¿Te sientes enojado o enojada?	SI ()	NO ()
22. ¿Te peleas muy seguido?	SI ()	NO ()

23. ¿Has lastimado o querido lastimar a alguien?	SI ()	NO ()
24. ¿Gritas o dices malas palabras a los demás?	SI ()	NO ()
25. ¿Les tienes miedo a tus padres o personas que te cuidan?	SI ()	NO ()
26. ¿Tienes miedo de que tus padres o personas que te cuidan mueran?	SI ()	NO ()
27. ¿Tienes miedo de que tus padres o personas que te cuidan te abandonen?	SI ()	NO ()
28. ¿Sueñas cosas feas o que te dan miedo?	SI ()	NO ()
29. ¿Tienes un secreto desagradable que no te atreves a contarle a nadie?	SI ()	NO ()
30. ¿Tienes miedo de que te maten?	SI ()	NO ()
31. ¿Casi siempre tienes miedo?	SI ()	NO ()

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar A. (1992). "*Maltrato a menores*"; en *El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas*. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.:1992:300-307
2. Alonso-Fernández, A. (2001). "*Claves de la depresión*". España: Cooperativa Editorial
3. Arruabarrena, M. I.; De Púl, J. (1994). "*Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*". Madrid: Pirámide
4. Atkinson, D. (1993). "*Salir de la depresión: Guía práctica para su éxito*". España: San Pablo
5. Aviña Ortega, C; Rodríguez Cardozo, L. (1981). "*Depresión y maltrato en niños institucionalizados, un estudio comparativo*". México: Facultad de Psicología, UNAM
6. Barlow, D. H; Durant, V. M (2001). "*Psicología anormal*". México: Thomson Learning.
7. Bringiotti, M. I. (200). "*La escuela ante los niños maltratados*". México: Paidós
8. Caballed, J; Moraga, F; Sasot, J (1994). "*El niño y la escuela. Dificultades escolares*". Barcelona: Laertes
9. Calderón Narváez, G. (1994). "*Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*". México: Trillas

10. Canton Duarte, J; Cortés Arboleda, M. R. (1997). "*Malos tratos y abuso sexual infantil*". España: Siglo XXI
11. Cantwell, D. P.; Carlson, G. A. (1997). "*Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*". España: Martínez Roca
12. Casado Flores, J; Díaz Huertas, J. A.; Martínez González, C. (1997). "*Niños maltratados*". Madrid: Díaz de Santos.
13. Código Penal. *Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal*: 1999.
14. Cruz J; Morales M; Ramírez O. (1996) "*Cuestionario de depresión para niños. Adaptación Mexicana*". México: Facultad de Psicología, UNAM
15. De la Garza J. (1997). "*Elementos para el estudio de la violación sexual*". Rev. Salud Pública 1997:39-539-545
16. Erickson, E. H. (1976). "*Infancia y sociedad*". Argentina: Paidós
17. Finkelhor, D. (1992). "*Abuso sexual al menor*". México: Pax-México
18. Fontana, V. J. (1979). "*En defensa del niño maltratado*". México: Pax México
19. Foncerrada-Moreno M. (1982) "*El niño víctima de maltrato*". México: Rev Med Inst Mex Segu Soc.
20. Freud, A. (1927) "*Normalidad y patología en la niñez*", Paidós, Argentina
21. Freud, S. (1917). "*Duelo y melancolía*". Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu

22. Freud, S. (1914). *"Recordar, Repetir y Reelaborar"*. Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu
23. Gallardo Cruz, J. A; Trianes Torres, M. V y Jiménez Hernández, M. (1998). *"El maltrato físico hacia la infancia: sus consecuencias socioafectivas"*. Málaga: Universidad de Málaga.
24. Gamboa C. (1992). *"Prevención al maltrato del menor y su maltrato social."*; en El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D. F, 1992:300-307
25. Gesell, A. (1971). *"El niño de cinco a diez años"*. Argentina. Paidós
26. Grinberg, L. (1994) *"Culpa y Depresión"*. México: Alianza
27. Grisoña, J. S. *"Efectos Neurológicos"*; en Sanmartin, J. (1999). *"Violencia contra niños"*. España: Ariel
28. Hidalgo S. (1998) *"La depresión desde diferentes perspectivas teóricas"*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM
29. Kempe, R. S; Kempe, H.C. (1985) *"Niños maltratados"*. Madrid: Morata
30. Klein, M. (1975). Obras Completas *"Amor, culpa y reparación y posición depresiva"*, Barcelona: Paidós
31. Lieberman, F. (1981). *"Trabajo social, el niño y su familia"*. México: Pax México
32. Loredo Abdala, A. (1994). *"Maltrato al menor"*. México: Interamericana-Mc Graw Hill

33. Marcovich, J. *"Panorama universal del síndrome del niño maltratado"*; en Marcovich, J. (1981). *"Tengo derecho a la vida"*. México: Editores Mexicanos Unidos.
34. Marcovich, J. *"Poblemática en México"*, en Marcovich, J. (1981). *"Tengo derecho a la vida"*. México: Editores Mexicanos Unidos
35. Martínez Roig, A; De Paul Ochotoreta, J (1993). *"Maltrato y abandono en la infancia"*. España: Martínez Roca
36. Mata Villalba, F. (2002) *"Relación entre depresión y nivel de maduración en víctimas de maltrato infantil"*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología. UNAM
37. Miller, A. (1998). *"Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño"*. España: TusQuests
38. Newcomb y Locke (2001) *"Intergenerational cycle of maltreatment: a popular concep obscured by methodological limitations Children Abuse and Neglect"*, Vol 25.
39. Niñotel (2000). *"Atención para la niñez y su familia: una experiencia de servicio telefónico"*. México: Locatel
40. Osornio y Nieto, C. A. (1993). *"El niño maltratado"*. México: Trillas
41. Peiro I, G. S. (1997). *"La escuela ante los abusos y malos tratos: Teoría pedagógica para efectuar prevención y reeducación para situaciones de riesgo"*. Granada: Editorial Universitario
42. Polaino-Lorente, A. (1985). *"Las depresiones"*. España: Martínez Roca

43. Polaino-Lorente, A. (1988) "*Las depresiones infantiles*", Madrid: Morata.
44. Rodríguez Hurtado, M. L. (1985) "*Estudio Preliminar sobre el uso del Método Fraire para la Prevención del Maltrato Infantil*". Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM
45. Rodríguez Hurtado, M. L. (1989) "*Hacia la detección del factor de alto riesgo aún en casos de maltrato mínimo*". Tesis de Doctorado. México, Facultad de Psicología, UNAM
46. Sabanés, F. (1990). "*La depresión*". Barcelona: EMEKA
47. Sanmartín, J. (1999) "*Violencia contra los niños*" España: Ariel
48. Santana T; Tavira M. "*El maltrato infantil: un problema mundial*". Rev. Salud Pública., 1998; 40-58-65.
49. Segal H. (1975) "*Introducción a la obra de Melanie Klein*". Argentina: Integraf
50. Simon Rueda, C.; López Taboada, J. L. y Linaza Iglesias, J. L. (2000). "*Maltrato y desarrollo infantil*". Madrid: Universidad Pontificia Comillas.